

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Bölcsészettudományi Kar

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

SVINDT VERONIKA

**A JELENTÉSKONSTRUÁLÁS ÉS A KONTEXTUALIZÁCIÓ ALAPKÉRDÉSEI
AFÁZIÁBAN
– FUNKCIONÁLIS KOGNITÍV SZEMANTIKAI VIZSGÁLATOK –**

Nyelvtudományi Doktori Iskola
A doktori iskola vezetője: Dr. Bárdosi Vilmos CSc, egyetemi tanár

Magyar Nyelvészet Doktori Program
A doktori program vezetője: Dr. Tolcsvai Nagy Gábor CMHAS, egyetemi tanár

A bírálóbizottság tagjai:

A bizottság elnöke: Dr. Ladányi Mária DSc egyetemi tanár
Hivatalosan felkért bírálók: Dr. Ivaskó Livia PhD, egyetemi docens
Dr. Tátrai Szilárd PhD, habilitált egyetemi adjunktus

A bizottság további tagjai: Dr. Bánréti Zoltán CSc, egyetemi docens
Dr. Laczkó Krisztina PhD, egyetemi docens
Dr. Pataky Ilona CSc, egyetemi docens
Dr. Markó Alexandra PhD, egyetemi adjunktus

Témavezető: Dr. Tolcsvai Nagy Gábor CMHAS

Törökbálint, 2013

Tartalom

I. Bevezetés	4
II. Elmélet és módszertan.....	10
1. Korpusz, módszer és vizsgálati személyek.....	10
2. A funkcionális kognitív neurolingvisztikához vezető út – tudománytörténeti áttekintés	14
2.1 Az afaziológia tudományának születése.....	14
2.2 A kognitív neuropszichológia nyelvészeti vonatkozásai.....	18
2.3 Nyelvészeti afaziológia, neurolingvisztikatörténet.....	20
2.4 Az emberi nyelvi agyi korrelátumainak kutatása	25
3. Az afázia	28
3.1 Az afázia meghatározása, kialakulása	28
3.2 Afáziatipológia	30
3.3 Afáziadiagnosztika és rehabilitáció	37
III. A jelentéskonstruálás alapjai afáziában	41
4. A hozzáférés és a gyakoriság tényezőinek hatása mint a jelentéskonstruálás meghatározói	44
4.1. A tárolási, észlelési és felidézési zavarok.....	44
4.2 A hozzáférés, a hozzáférhetőség és az előhívhatóság kérdései	51
4.3 A feltűnőség, begyakorlottság és a gyakoriság összefüggései	64
4.4 Eredmények és következtetések	88
5. Kategorizációs folyamatok és a sematizáció afáziás személyeknél	91
5.1 A kategorizáció folyamata és mibenléte.....	91
5.2 A kategorizáció jellegzetességei afáziában	95
5.3 Sematizációs folyamatok afáziában.....	103
5.4 Eredmények és következtetések	116
IV. A kontextualizáció alapkérdései afáziában.....	118
6. A kontextus szerepe az afáziás nyelvi tevékenységben.....	119
6.1 A kontextus összetevőinek működése afáziában.....	119
6.2 Kooperáció és koordináció	124
6.3 Kontextualizáció.....	128
6.4 A ko-textus által meghatározott jelenségek az afáziás nyelvi tevékenységben..	131
6.5 A koreferenciaviszonyok zavarai afáziában	133
6.6 Eredmények és következtetések	139
7. A deiktikus viszonyok működése és megjelenési formái.....	141
7.1 A deiktikus nyelvi kifejezések.....	141
7.2 Térdeixis	145
7.3 Idődeixis	156
7.4 Diskurzusdeixis	166
7.5 A társas és személydeixis	173
7.6 Eredmények és következtetések	184
8. A nonverbális kommunikáció mint az afáziás beszéd kompenzációs stratégiája	186
8.1 A nonverbális kifejezőeszközök szerepe az afáziás nyelvi tevékenységben.....	186
8.2 A nonverbális eszközök – különös tekintettel a gesztikulációra – mint kompenzációs eszközök	188
8.3 A gesztusok kontextuális adekvátsága, mint a kompenzáló szerep bizonyítéka.....	201
8.4 Eredmények és következtetések	202
V. Következtetések, összegzés.....	204
VI. Bibliográfia	209
VII. Mellékletek	223

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm

témavezetőmnek, *Tolcsvai Nagy Gábornak* a fáradhatatlan szakmai támogatást, valamint a számos javaslatot és kritikát;

Ivaskó Livia és *Laczkó Krisztina* alapos és szigorú előopponensi véleményét;
Krasznárné Erdős Feliciának a biztatást és a logopédiai kérdésekben nyújtott szakmai segítséget;

Dallos Zsuzsannának a kedves fogadtatást, valamint hogy rendelkezésemre bocsátotta a korpusz alapjául szolgáló videofelvételeket;

R., V., Zs., M., C. és *K.* együttműködését és hozzájárulását; külön köszönöm *R.* és *V.* barátságát;

főnökömnek, *Altbäcker Editnek*, hogy lehetővé tette számomra a disszertációírás-kompatibilis munkarendet;

sasszemű korrektoromnak, *Kenyő Ildikónak* az alapos megolvasást;
családomnak a kitartó türelmet és hasonlóan kitartó fizikai és lelki támogatást.

I. Bevezetés

Az afáziás nyelvi zavar okainak, tényezőinek, jellegzetességeinek, egyáltalán mibenlétének magyarázata részben az azt leíró elméleti keret függvénye. Disszertációmban a hazánkban kevésbé elterjedt funkcionális kognitív nézőpontból kísérlem meg bemutatni az afáziás nyelvi zavar néhány jellegzetességét. A hazánkban többnyire alkalmazott moduláris afaziológia metodológiája többé-kevésbé egységes, szemben a holista megközelítésekkel, amelyek módszertana és elméletei meglehetősen szerteágazóak, mivel a holista teóriák nem szűkítik le a kutatást a szigorúan vett nyelvi folyamatok vizsgálatára, hanem a nyelvvel közvetlen vagy közvetett kapcsolatban lévő más kognitív folyamatok működését is kutatási keretükbe vonják. Noha a moduláris és a holista nézőpont között alapvető és közismert elméleti és módszertani különbségek vannak, disszertációmban mégsem csupán az eltérő elméleteket tartom az afáziakutatásban is megjelenő különbségek alapjának. A funkcionális és a moduláris afaziológia egyik alapvető különbsége véleményem szerint – az elméleti kérdéseken túl – abban áll, hogy míg a generatív elmélet csak kevésbé vagy egyáltalán nem veszi figyelembe az afáziás személy beszélői szándékát, addig a funkcionális megközelítés egyik alapvetése, hogy valamennyi afáziás minden erőfeszítése mondanivalójának sikeres kivitelezésére irányul, amelyet a számukra leggazdaságosabbnak tűnő módon, gyakran a nyelvtani szabályok figyelmen kívül hagyásával érnek el. Ezen alapvetés abban a keretben lehet releváns, amelyben a gondolkodás mint mentális tevékenység, a grammatika és a nyelvhasználat egymással szoros kölcsönhatásban álló tényezők.

Dolgozatomban afáziás személyekkel készült, spontán társalgásokat tartalmazó videofelvételekből készült korpuszt alkalmazok az empirikus vizsgálatokhoz. Habár a tudományos gyakorlatban nem megszokott, az afáziás személyek vizsgálatán túl fontosnak tartom az orvosilag és logopédiaiilag gyógyultnak számító egykori betegek vizsgálatát is. Megfigyelésem szerint ugyanis egyrészt teljes gyógyulás esetén is maradnak olyan, az afáziás állapotra jellemző nyelvi vagy más kognitív részképesség-zavarok, amelyek ugyan a hétköznapi beszélgetés során többnyire egyáltalán nem érzékelhetők, egy részletes elemzés mégis meglepő eredményeket mutat. Másrészt pedig vizsgálatom eredményei azt is mutatják, hogy a gyógyult páciensekre a nyelvi tevékenység több folyamatában is a nagyobb fokú tudatosság jellemző. Így az afáziás és a gyógyult személyek beszédprodukciónak egészséges kontrollszemélyekkel összehasonlítva a gyógyulási

folyamatról, a nyelvi funkciók helyreállításának szabályszerűségeiről és jellegzetességeiről is képet kaphatunk. Ezek segítségével pedig a nyelvi működésnek olyan tényezőit ismerhetjük meg, amelyek a csak egészséges, illetve a csak agysérült populációt vizsgálva nem fedezhetők fel.

Disszertációmban az afáziás nyelvi zavar vizsgált kérdéseit három fő fejezet alatt tárgyalom. Az elméleti és módszertani fejezetben az afázia tudománytörténeti kérdéseit, valamint az afáziás nyelvi zavar mibenlétét és az afáziadiagnosztika és -terápia módszereit mutatom be abból a szempontból, ahogyan azok a funkcionális kognitív afaziológia által feltett kérdésekre válaszolni segítenek. Így a neurolingvisztikai irodalomban a funkcionális kognitív irányzat előfutárának és támogatójának tekinthető kognitív neuropszichológiai kutatások bemutatásának (mint pl. Coltheart 1987; Lurija 1975; Lesser 1993; Lesser – Algar 1995; Whitaker 1971 és Marshall 2000; Pataky 2003; Versegghi 1997), valamint az ezzel szorosan összefüggő agyi korrelátumok kutatásának módszereire, elméleteire és eredményeire térek ki röviden (ld. pl. Coulson 2004, Crosson 2007, Gulyás 2003, Kertesz 1994, Mildner 2008, Papahtanasiou 2003, Salmelin 2006, Stemmer – Whitaker 2008, Whitaker 2010). Emellett a klasszikus afáziakutatás történetéből is bemutatom azokat az elméleteket, amelyek közvetve vagy közvetlenül a funkcionális szemléletű afaziológia megalapozásához vezettek (ezen elméletekről részletesen: Basso 2003; Benton – Anderson 1998; Caplan 1987; Tesak – Code 2008; Whitaker 1998). Ezután térek rá a nyelvészeti afaziológia legalapvetőbb, illetve a funkcionális szemlélet szempontjából releváns elméleteire, vagyis Jakobson elképzelésére (Jakobson 1941 és 1964), a moduláris megközelítésekre (Bánréti 1999, 2000a és b, 2009), a kevés figyelmet kapó természetes nyelvelméletre (Dressler – Stark 1998; Seewald 1998; Stark 2007 és 2012), végül pedig a pragmatikai szempontú megközelítésekre (pl. Ahlsén 2006; Becker 2001; Carlomagno 1994; Cummings 1998; Davis – Wilcox 1985; Mildner 2008; Paradis 1998a és b; Perkins 1998 és 2005; Sarno 1998). Emellett az afáziadiagnosztika és a holista szemléletű terápia fontosabb kérdéseinek rövid bemutatását is relevánsnak tartom e disszertáció keretei között, amelyben – az afáziaterápia nyelvspecifikus volta miatt – elsősorban a magyar nyelvű terápiás gyakorlatot veszem figyelembe (Pataky – Kiss 1999; Pataky 2003; Pataky – Versegghi 2005; Versegghi 1997).

Dolgozatom második nagy egységében a jelentéskonstruálás alapkérdéseit vizsgálom afáziás és afáziából gyógyult személyek spontán és félspontán (irányított diskurzus)

megnyilatkozásaiban. A sikeres konstruálási folyamatok egyik alapvető feltétele a tárolási és előhívási folyamatok megfelelő működése, miközben az afáziás zavar egyik vezető oka éppen e két folyamat működésének zavartsága. Az egyes afáziás személyek sérülései természetesen nem azonos mértékben és nem ugyanúgy érintik ezeket a funkciókat, ily módon a sérülés következményeként a zavarok rendkívüli változatosságát állapíthatjuk meg. E változatosság ezen a – nyelvi folyamatokkal is szorosan összefüggő – szinten még inkább az agysérülés kiterjedésének, mintsem az afázia típusának függvénye. A tárolási, hozzáférési és előhívási folyamatok működése szorosan összefügg a kategorizációs és sematizációs folyamatokkal, amelyek egyrészt magát a gondolkodást mint mentális műveletet, másrészt a jelentések létrehozását teszik lehetővé a beszéd folyamatban. A kategorizáció műveletét a holista megközelítések alapján értelmezem (Bybee 2010; Croft – Cruse 2004; Evans – Green 2006; Geeraerts 2010; Lakoff 1987; Langacker 2005; Rosch 1978 és 2009; Taylor 1991; Tolcsvai Nagy 2011). Miközben a nyelvi és kommunikációs zavarban szenvedő populáció memóriakapacitásának, illetve az előhívási folyamatoknak a kutatása mind a neuropszichológiai, mind a neurolingvisztikai kutatás egyik alapvető kérdése (összefoglalóan ld. pl. Racsmány 2004; Ullman 2008; Van der Linden – Poncellet 1998), addig az ezekkel igen szorosan összefüggő kategorizáció kérdéseinek vizsgálatára jóval kisebb figyelem irányul. Holott a kategorizációs folyamat, illetve a folyamatban bekövetkező zavarok feltárása nélkül az afáziás nyelvi zavar számos tünete is nehezen magyarázható. A neurolingvisztikai kutatásokban többnyire bizonyos konkrét kategóriák jellegzetes sérüléseit vizsgálják adott afáziatípusokban (pl. Best et al. 2006; Mahon – Caramazza 2006; Pulvermüller 2002; Warrington – Shallice 1984), a kategorizációs folyamatok általános zavaráról kevés kutatást találunk (Kimura 1993; Hough 1993; Lupyan – Mirman 2013). Dolgozatomban amellett érvelek, hogy az alapszintű kategóriák, vagyis a kategorizációs folyamat alapjai, a mélyen rögzült elemek többnyire nem érintettek még súlyos afáziás állapotokban sem. Bár ennek adekvát mérésekkel való alapos alátámasztása módszertani nehézségekbe ütközik, az afáziás személyek spontán beszédprodukciónak vizsgálatából mégis következtethetünk bizonyos jellegzetességekre, amelyek az épen maradt alapszintű kategóriákra utalnak. Ha elfogadjuk, hogy a nyelvtan a nyelvhasználat által motivált, akkor természetes, hogy a sematizációs folyamatok elemzése is szükséges az afáziás nyelvi zavar kognitív hátterének alaposabb feltárásához. Disszertációmban vizsgálom a sémák működését az afáziás beszédben, különösen a statikus tudáskeretek és a dinamikus forgatókönyvek, valamint a konvencionalizált nyelvi kifejezések jellegzetességeit. A sémák és a sematizáció a kognitív nyelvészeti kutatások

fontos területe (pl. Grady 2005; Lakoff – Dodge 2005; Oakley 2007; Tuggy 2007). A sémák sérülésében vagy éppen épen maradásában az emlékezeti és előhívó folyamatok mellett olyan – a neurolingvisztikai kutatásokban gyakran figyelmen kívül hagyott – tényezőkkel is számolnunk kell, mint a hozzáférés, a begyakorlottság és az ezzel összefüggő elsáncoltság és feltűnőség, valamint a gyakoriság (az egyéni és a példánygyakorisági tényezők is). Emellett pedig a figyelmi funkciók működése és zavartsága, az afáziás személy saját figyelmének irányítására való képessége, valamint a funkcionális kognitív értelemben vett figyelemirányítási folyamat működése, vagyis a beszélő azon képessége, hogy a hallgatóság figyelmét egy bizonyos entitásra vagy eseményre irányítsa. A hozzáférési utak biztosítása az afáziás személy számára akkor lehet igazán sikeres, ha az komplex ingerek segítségével történik: vizuális, akusztikus és más érzékelési folyamatok együttes működésével (Damasio – Damasio 2000). A többrésztvevős társalgások közege olyan környezetet biztosít a vizsgálati személyek számára, ahol mindezek lehetővé válnak. A hozzáféréssel és begyakorlottsággal összefüggő folyamatokat és jelenségeket a rendelkezésemre álló korpusz alapján részletesen elemzem. Ennek során igyekszem összefüggéseket kimutatni az afázia súlyossága, valamint a megbetegedés óta eltelt idő és a mélyen, illetve kevésbé mélyen elsáncolt elemek produkciója között. Dolgozatomban a begyakorlottság, a kategorizáció, valamint a prototipikalitás kérdéseit azok szoros kapcsolata miatt együtt tárgyalom. Ezzel összefüggésben egyúttal a vizsgált afáziás személyek főnév- és igeprodukciójának elemzését is megkísérlem, mégpedig a prototipikalitás, a képszerűsíthetőség, valamint a szemantikai, és az ezzel gyakran összefüggő morfológiai összetettség felől.

Disszertációm harmadik fő egysége a kontextualizáció alapkérdéseinek részletes vizsgálatát adja az afáziás beszédben. A kontextualizáció és az ezzel összefüggő folyamatok és műveletek nagyrészt a pragmatika hatóköre alá tartoznak (a kontextualizációról bővebben ld. Tátrai 2004 és 2011). Az összefoglalóan pragmatikainak nevezett képességek vizsgálatára pedig a holista szempontú afáziakutatás mindig is nagy hangsúlyt fektetett, mivel általánosan elfogadott megállapítás, hogy ezek nagy része többnyire még a súlyos afáziákat is túléli. Pragmatikai képességnek nevezem itt a kontextusba helyezett megnyilatkozások nyelvi és nemnyelvi eszközökkel történő adekvát produkciójára, és a szándékolt jelentés percepciójára való képességet (ld. bővebben Svindt 2012). A kontextus szerepe nemcsak a beszéd és a társalgási szituációk megértése szempontjából megkerülhetetlen kérdés, de a beszédprodukción is erősen befolyásolják a

kontextus által közvetített és meghatározott jelenségek. A pragmatikai szempontokat érvényesítő afáziakutatások és afáziaterápiás iskolák mindegyikének alapvetése, hogy a beszédhelyzet érzékelhetősége miatt az afázias személyek jobb eredményt produkálnak szemtől szembeni kommunikációs helyzetekben, valamint jobban kommunikálnak – a kontextus megléte és az abból adódó számos alternatív kifejezési lehetőség miatt –, mint ahogyan az a diagnózis során kimutatott állapotukból következne (ld. pl. Ahlsén 1985; Basso 2003; Becker 2001; Carlomagno 1994; Cummings 2008 és 2012; Hegyi 1995; Krasznárné Erdős 2009; Pataky 2003 és 2008). Annak ellenére, hogy ezen iskolák alapvetésként kezelik az efféle megállapításokat, ezidáig meglehetősen kevés, a kontextus és a kontextualizáció kérdéseivel foglalkozó kutatás és tanulmány született az afázias beszédprodukció, illetve az agykérgi meghatározottság szempontjából (Coulson et al. 2005; Fortescue 2009: 153–160; Pierce – Beekman 1985; Schumacher 2012; Small – Nusbaum 2004). A diskurzusfolyamatban vizsgált nyelvi tevékenységet, annak összetevőit, a résztvevőknek, de magának a beszélőnek a spontán beszédprodukcióját egyrészt meghatározza, másrészt pedig befolyásolja a diskurzuslemek egymással való kölcsönhatása. Ezek a hatások nem csupán a megnyilatkozások pragmatikai háttérét alakíthatják, hanem a szemantikai és a szintaktikai tényezőkre is mérhető hatással bírhatnak. Mivel a kommunikáció szükségképpen interperszonális, ezért a kontextus-létrehozás folyamatának elemzésekor külön kitérek a kooperáció és a koordináció kérdéseire is, mivel ezek megfelelő működése szintén feltétele a releváns megnyilatkozások létrehozásának. A beszélő és a hallgató által közölt információk egymáshoz igazítása, a figyelem megfelelő irányítása, valamint a beszélőnek saját megnyilatkozása állandó dinamikus koordinációja a kölcsönös megértés nélkülözhetetlen tényezői (Fricke 2003: 69). A társalgási és udvariassági elvek figyelembe vétele szintén a sikeres kommunikáció feltétele, amelyben az afázias személyek rendkívül érdekes mintázatok mentén szintén sérülhetnek, de ez a képességük akár teljesen ép is maradhat. Ezen folyamatokat – vagyis Grice társalgási maximáit és Leech udvariassági elvét (Grice 2001 és Leech 1983) – a rendelkezésre álló korpusz segítségével igyekszem bemutatni. Emellett vizsgálom a redundanciának az afázias beszédprodukcióban meglehetősen kétarcúnak tűnő jelenségét is, amelyről azonban alaposabb vizsgálódás után beláthatjuk, hogy valójában nagyon is logikus folyamatok működése irányítják azt. A redundancia vizsgálatában – amelyet nem funkcionális keretben a nyelvtani rendszer gazdaságosságának megsértésével magyarázhatunk, ezzel együtt pedig főleg pazarlásnak vélhetünk – elemzésem eredményeit szemlélve arra következtethetünk, hogy valójában meghatározott és egymással szorosan összefüggő kognitív folyamatok következetes kölcsönhatásának eredménye. Az afáziakutatásban szintén kevés szó esik a

közvetlen nyelvi kontextusnak, vagyis a ko-textusnak az afáziás beszédprodukcióna gyakorolt hatásáról is, holott a ko-textus hatása az egészséges beszélők beszédében is jól adatható és mérhető (ld. nyelvbotlások). A ko-textus befolyását bemutató fejezetben a koreferenciaviszonyok zavarait igyekszem körüljárni, és röviden utalok a hozzáférési folyamatoknál vizsgált perszeverációs és parafáziás jellegzetességekre. A koreferenciaviszonyok működése nem központi témája az afáziakutatásnak, kevés erre vonatkozó vizsgálatot találunk (Anderson – Holcomb 2005; Brownell et al. 1992; Edwards – Varlokosta 2007; Virtue – van den Brook 2005).

A kontextus verbális és nonverbális elemeivel egyaránt szorosan összefügg a deixisnek a diskurzusban való jelenléte. A deixis a kontextus személyközi, tér- és időviszonyait vonja be a megnyilatkozásba (a deixis értelmezését Tátrai 2010 és Laczkó – Tátrai 2012 meghatározása alapján teszem meg). Az afáziás személyek számára jelentős könnyebbség, hogy a deixis alkalmazásával anélkül referálhatnak a kontextus elemeire, hogy képesek lennének megnevezni a vonatkozó konkrét referenciákat. Emellett a deixis egocentrikus szerveződése miatt tovább segíti az afáziás nyelvi tevékenység sikerességét. A deiktikus nyelvi kifejezésformákra az afáziás beszédprodukcióna egyik leghatékonyabb kompenzációs stratégiájaként tekintek. Elemzésem szerint a deixis alkalmazásának valóban mérhető hatása van a sikeresebb információátadásban, ennek ellenére a magyar kutatások között egyáltalán nem, de a nemzetközi kutatásban is alig találunk a deixis működését bemutató és elemző vizsgálatot (pl. Carlomagno et al. 2012; Goral – Kempler 2009; Løevenbruck et al. 2005; March et al. 2009; Tallberg 2001). A tér-, idő-, személy- és diskurzusdeixis funkcióit és jellegzetességeit az afáziás és a gyógyult beszélők, valamint kontrollcsoport bevonásával igyekszem feltárni.

Külön alfejezetben elemzem még a kontextualizációhoz az afáziás beszédprodukcióna különösen szorosan kapcsolódó tényezőt, a nonverbális kommunikációt, azon belül is elsősorban a gesztikulációt. A gesztikuláció és az afáziás beszédprodukcióna összefüggéseire számos kutatás készült (Ahlsén 1985; Cicone et al. 1979; Cocks et al. 2007; Feyereisen – Seron 1982; Feyereisen – de Lannoy 1991; Fex – Mänsson 1998; Gainotti – Lemmo 1976; Goodwin 2000; Hermann 1991; Hermann et al. 1988; Hogrefe – Goldenberg 2010; McNeill – Duncan 2005; Scharp et al. 2007). A sérült nyelvi rendszer számára a nonverbális kifejezőeszközök nyújtanak lehetőséget arra, hogy a nyelvi képességeiben sérült afáziás személy a diskurzusban mégis releváns megnyilatkozásokat téve vegyen részt. Az eredmények azt mutatják, hogy az afáziás személyek a gesztikulációt valóban nyelvi hátrányuk kompenzálására alkalmazzák, és segítségükkel adekvát módon képesek információt közölni akkor is, ha megnyilatkozásaik nem teljesen grammatikusak.

II. Elmélet és módszertan

Az agy működésével kapcsolatos legújabb kutatások kimutatták, hogy – a korábban is ismert „nyelvi” központok mellett – a beszéd létrehozása és feldolgozása az agyi neurális hálózatok végtelen számú idegsejtjének közös munkája (Lutz 2004: 16). A hálózatok és a beszédzónák, valamint a nyelvi tevékenységhez szükséges más kérgi területek (mint például a látó- vagy hallókéreg) a nyelv produkciójában és percepciójában különböző feladatokat látnak el, együtt pedig egy jól működő funkcionális rendszert alkotnak (vö. Osmanné 1997: 26). Az a megfigyelés, hogy hiába tudjuk, az információfeldolgozás mely részrendszereiben van zavar, mégsem tudjuk pontosan meghatározni ezen zavar elhárításának módját (Hegyi 1995: 47), arra utal, hogy nem elegendő modulokban gondolkodnunk. Disszertációmban ezért a funkcionális kognitív nyelvészet eredményeit és módszertanát alkalmazom az afáziás személyek beszédprodukciójának vizsgálatára során.

1. Korpusz, módszer és vizsgálati személyek

Kutatásom során afáziás betegek, valamint afáziából gyógyult és egészséges kontrollszemélyek spontán, illetve irányított félspontán nyelvi tevékenységét vizsgálom funkcionális keretben.¹ Dolgozatomban a neurolingvisztikai gyakorlattól eltérően azért választottam a spontán beszéd vizsgálatát, mert a spontán beszédhelyzetbe ágyazott beszédprodukció vizsgálata egészen más elemzési szempontokat tesz lehetővé (mint pl. a diskurzus és az azt működtető folyamatok, a beszédeselemény, a metapragmatikai jelzések), mint a feladatalapú, azaz egy adott nyelvi vagy nyelvhasználati tényezőre kihegyezett vizsgálat. Az egészséges beszélők spontán és irányított társalgásainak vizsgálatával is a nyelv és a nyelvhasználat más-más aspektusaira láthatunk rá, nincs ez másként az afáziás beszélők esetében sem.

Alapos mérlegelés után a korpusz építése során nem a nagyobb számú afáziás személytől származó, egyenként kevesebb adat rögzítése mellett döntöttem, hanem kevesebb afáziás személytől igyekeztem beszerezni minél több hanganyagot. Mivel – még azonos afázia típussal diagnosztizált személyek között – sincsen két egyforma képességekkel, beszédprodukcióval és -megértéssel, szociális és kognitív háttérrel rendelkező páciens, ezért úgy vélem, hogy a minél részletesebb, de egyéni vizsgálatok

¹ Az elméleti keret alapját többek között Evans – Green 2006; Geeraerts – Cuyckens 2007; Ladányi – Tolcsvai Nagy 2008; Langacker 2005 és 2008; valamint Tolcsvai Nagy 2011 adják.

során a disszertációm témáját érintő kérdésekben relevánsabb következtetések vonhatók le, mint egy több személlyel elvégzett, ám kevésbé részletes elemzésből. A kevés adatközlővel történő hipotézistesztelés módszere nem idegen a neurolingvisztikai kutatási gyakorlattól. E módszertan hátránya, hogy a vizsgálat eredményeiből levont következtetések csak az adott adatközlőkre vonatkoztathatók. A részletesebb elemzésből adódó várható előnyök miatt azonban mégis ezt a módszert választottam a megfelelő korlátok figyelembe vételével (a hipotézistesztelés előnyeiről és hátrányairól ld. bővebben: Nickels 2008). Az Afáziasok Egyesületének összejövetelein készült videofelvételek csoportterápiás társalgásaiból 2 fluens és 2 nonfluens páciens produkciójából válogattam összesen mintegy kilencórányi anyagot. A 2. számú mellékletben közlöm a videofelvételek vázlatos tartalmi leírását és összefoglalóját, mivel a teljes anyag közlésére nem, csak részletek bemutatására kaptam engedélyt. Ezért a disszertációmban idézett példákhoz igyekszem a beszédhelyzet minél pontosabb bemutatását is megtenni. A következő táblázat a vizsgált afázias személyek betegségére vonatkozó legfontosabb adatokat tartalmazza.

Név	Nem	Lézió helye	Időpont	Afáziatípus	Kísérő tünet
R.	nő	koponyaűri sérülés	1994	fluens, anomikus	jobb oldali hemiplégia
V.	nő	kiterjedt bal törzsdűcből kiinduló, kamrába törő vérzés	2005	fluens, Wernicke	látótérkiesés; jobb oldali hemiplégia; tudatzavar; organikus hangulat (affektív-) zavarok
Zs.	férfi	kiterjedt bal féltekei sérülés ²	2008	nonfluens, transzkortikális motoros	jobb oldali hemiplégia
M.	férfi	kiterjedt bal féltekei sérülés	2007	nonfluens, globális	jobb oldali hemiplégia, hangulatzavarok

1. táblázat: A vizsgált afázias személyek agysérülésre vonatkozó adatai

Az afázias személyek beszédprodukciójának vizsgálata mellett fontosnak tartom a rövid lefolyású betegségek során orvosilag gyógyultnak nyilvánított személyek beszédének elemzését is. Az ő eredményeik azért járulhatnak hozzá a kutatás eredményeihez, mert – noha orvosi szempontból meggyógyultak – számos olyan részképességzavaruk maradt hátra maradványtünetként egykori betegségükből, amely továbbra is megnehezíti számukra a mindennapokat. Ezek az előzményeket nem ismerő beszélgetőpartner számára többnyire nem látható és nem érzékelhető jellegzetességek. A korábbi afázias állapot ezen maradványtünetek mellett saját bevallásuk szerint beszédprodukciójukra és

² Zs. súlyos globális afáziából épült fel a vizsgálat időpontjára transzkortikális motoros afáziatípusig.

beszédmegértésükre is hatással van: fáradtságukkal egyenes arányban romlik produkciójuk és megértésük is, valamint a kötöttségekkel járó vagy teljesítményt elváró „vizsgaszituációkban”, illetve hétköznapi szituációkban (hivatalos ügyintézés, bevásárlás, munkahely) is megmutatkozik betegségük néhány tünete. Disszertációmban két gyógyult személy produkcióját elemzem (C. és K.), kórelőzményüket azonban kérésükre nem részletezem.

A társalgások körülményeiről érdemes még megemlíteni, hogy az összejöveteleken gyakran az afáziás személyek családtagjai is megjelennek. A diskurzusban nemcsak az általam elemzett afáziás személyek vesznek részt, rajtuk kívül általában körülbelül még 3–5 páciens vett részt ezeken az alkalmakon. Az ő beszédprodukciójukat technikai (pl. engedélyek vagy az elemzéshez túl zajos felvétel) vagy mennyiségi okok miatt nem elemeztem. Annál a páciensnél, akinek produkcióját mennyiségi okok miatt nem elemeztem részletesen (L., transzkortikális szenzoros afáziás), de engedélyt kaptam a közlésre, esetenként rövidebb – de a disszertáció témája szempontjából releváns – megnyilatkozásokat mégis bemutatok. A résztvevők közül többen egymással jó, baráti kapcsolatban állnak, az egyesületi alkalmakon kívül telefonon és személyesen is tartják a kapcsolatot. Az összejövetelek hangulatára az oldottság, a vidámság és a családias hangulat jellemző, amely tényezők ugyan tudományosan nehezen meghatározhatók, említésük véleményem szerint mégis releváns, mivel azt jelzik, hogy a kutatási eredmények valóban spontán társalgásokból származnak. Ezek a helyzetek azok, amelyben az afáziás személyek valódi nyelvi képességeiről a leghitelesebb képet kaphatjuk, mivel az afáziás beszédprodukciót zavaró és gátló tényezők itt érvényesülnek a legkevésbé.

A kontrollcsoport korpusza hat személy beszédprodukciójának lejegyzéséből keletkezett. Ebből két személy az afáziás csoport terapeutái (a táblázatokban T1 és T2 jelöléssel). Az ő produkciójuk vizsgálatát azért tartottam relevánsnak, mert ugyanabban a közegben, ugyanabban a többrésztvevős társalgásban, az afáziás személyekkel együtt vettek részt. Mindkét terapeutára jellemző, hogy az irányításukkal zajló beszélgetésben az afáziás személyekhez hasonlóan maguk is részt vesznek, a páciensekkel kölcsönösen jó kapcsolatban állnak, tehát a vizsgált afáziás személyek számára jelenlétük nem jelent olyan stresszforrást, amely beszédükre negatívan hatna. Ennek ellenére természetesen célszerű figyelembe venni, hogy a terapeuták szerepükből adódóan jobban kontrollálják megnyilatkozásaikat. Emellett négy további kontrollszemély produkcióját vizsgáltam. A szövegek a Magyar Spontán Beszéd Adatbázis (BEA) felvételei közül származnak, 2 férfi (33 és 45 évesek) és 2 nő (44 és 60 évesek) felvételeit elemeztem. Az adatbázisból származó adatközlőket kor, nem és iskolai végzettség szerint illesztettem a vizsgált afáziás személyekhez. A BEA szövegekben minden beszélőtől egy személyes interjú (melynek

témái például a család, munkahely, családi ünnepek), egy irányított véleménykifejtés adott témában, valamint egy háromszereplős társalgás származik. Azért éppen ezeket a szövegeket választottam az elemzéshez, mert jellegükből adódóan ezek állnak legközelebb a spontán beszédprodukciónak. A BEA korpuszából származó adatoknak az afáziás nyelvi adatokkal való összevetése azonban több nehézséget is rejt. Egyrészt a BEA korpusza nem valódi spontán beszédből, hanem irányított interjúhelyzetekből áll. A mutatóanyagok hosszúságuknál fogva nem alkalmasak feltétel nélkül arra, hogy valódi spontán beszédként elemezzük azokat, mivel a beszélőket a felvétel egy része alatt feszélyezi a szituáció, ami pedig beszédprodukciónak is hatással van. Ez többhelyütt megakadályozza, hogy releváns módon hasonlítsuk össze az így kapott adatokat az afáziás és gyógyult személyek megnyilatkozásaival. Másrészt mivel ezek hangfelvételek, nem pedig videofelvételek, ezért a gesztikulációra és más nonverbális elemekre nem támaszkodhatunk az elemzés során, vagyis a korpusz ebben a tekintetben egyáltalán nem használható. Annak ellenére azonban, hogy a BEA adatbázisából származó adatok a dolgozatban sokszor csak megszorításokkal vethetők össze a többi vizsgálati személy produkciójával, a vizsgálatomhoz minden szempontból megfelelő spontán beszéd korpusz hiányában mégis hivatkozom az abból származó adatokra.

Köztudott, hogy nincsen két minden tekintetben egyforma vagy legalább hasonló kondíciókkal rendelkező afáziás személy. A betegek betegség előtti állapota, mentális lexikonuk nagysága, memóriakapacitásuk, és a világról való tudásuk részletessége, előzetes tanult ismeretei (foglalkozás, iskolázottság, idegennyelv-ismeret) nagy szerepet játszik a sikeres rehabilitációban. Szirmai meghatározása szerint „aphasiásoknál a beszéd összteljesítményét nemcsak a beszéd tartalmi (fogalmak) és képzési (expresszív) zavarai határozzák meg, hanem a beszéd indításának képessége, a motiváció, a rendelkezésre álló szókészlet (memória) jelentősen befolyásolják” (Szirmai 2005: 201.). Az afáziás személy megbetegedés előtti állapotáról többnyire szintén nagyon kevés információ áll a terapeuta rendelkezésére. A vizsgálatokat emellett alapvetően meghatározza a vizsgálat tárgya és körülményei, illetve az adott feladatok által nem tudatosan beindított – az éppen vizsgálttól különböző – más kognitív részfunkciók működésbe lépése, annak hiánya vagy zavara. Dolgozatomban ezért fókuszálok a spontán beszédből származó adatok elemzésére még akkor is, ha bizonyos kérdésekben nem adhat kielégítő választ a pusztán spontán korpuszból származó eredmény. Emellett többször hivatkozok afáziás, illetve gyógyult személyekkel történt személyes beszélgetésekre, azokból levont következtetésekre, amely hivatkozások tudományosan megalapozottnak nehezen nevezhetők, a kutatásnak mégis fontos részét képezik. Gyakran ugyanis éppen ezekből a beszélgetésekből nyert információk adhatnak alapot például két jelenség közötti kapcsolat felismerésére vagy magyarázatára.

2. A funkcionális kognitív neurolingvisztikához vezető út – Tudománytörténeti áttekintés

2.1 Az afaziológia tudományának születése

Mivel az afáziakutatás jelentős múlttal és hagyománnyal rendelkezik, ezért jelen fejezetben nem célokom egy teljességre törekvő tudománytörténeti áttekintés készítése, ehelyett a funkcionális kognitív afaziológia szempontjából releváns kutatásokat mutatom be röviden. A sérült nyelvi rendszer vizsgálatának történetéről néhány részletes összefoglaló monográfia (Caplan 1987; Tesak – Code 2008) és számos kisebb tanulmány vagy könyvfejezet tájékoztat (Basso 2003; Benton – Anderson 1998; Goodglass 1998; Lecours 1984; Mildner 2008; Morton 1984; Whitaker 1998). Magyar nyelven a teljesség igényére törekvő összefoglaló csak az afáziaterápiás iskolák bemutatására készült (Hegyi 1995), emellett általános tudománytörténeti bevezetőt találunk Bánréti 1999-ben megjelent tanulmánykötetében, valamint Hoffmann és Németh 2006-os munkájában. Emellett egy bizonyos elmélet tudománytörténetének és módszertanának részletes bemutatására vállalkozik Kéri – Gulyás 2003 (lokalizáció); H. Tóth és Vargha 1975 (neoasszociáció); valamint O. Sági 1997 (Lurija neuropszichológiai elmélete).

2.1.1 Lokalizációs és asszociációs modellek

A holista szemléletű afáziakutatás elődeiként tartjuk számon a lokalizációs, valamint a kissé rugalmasabb asszociációs modelleket. A modern tudományos igényű afáziakutatást a szakirodalom a francia sebész, Paul Broca 1861-ben publikált írásától számítja, annak ellenére, hogy tőle részben függetlenül, de vele egy időben szintén francia kortársai is foglalkozni kezdtek az agysérülés következtében kialakuló nyelvi zavar jelenségével (Whitaker 1998: 41). Broca elméletének alapja az agy gyrusok mentén szerveződő anatómiájának viszonylagos állandósága (Caplan 1987: 46). Kutatása azért számított újdonságnak, mert a korabeli tudományos eredmények alapján úgy vélték, hogy az agykéreg tovább nem osztható egység. Broca úgy találta, hogy az egyénenként nagyon hasonló formát mutató különböző gyrusok adott mentális funkciókat látnak el. Így határozta meg az általa afémiának nevezett nyelvi zavar agyi elhelyezkedését: a gyrus

inferior frontalis³ sérülését tette felelőssé e zavarban (Whitaker 1998: 43). Később újabb felfedezést tett: 8 betegének post mortem vizsgálata során arra a megállapításra jutott, hogy az afázia minden esetben a bal félteke károsodásának eredménye, az ellenoldali azonos kérgi terület sérülése ugyanis nem okozott afáziás tüneteket (Caplan 1999[1987]: 109). Ezzel a felfedezéssel vált világossá, hogy a szimmetrikusnak tűnő agyféltekék korántsem azonos feladatokat látnak el. A bal félteke mellett a jobb féltekének a nyelv létrehozásában és használatában való szerepének kutatása az agyi képalkotó eljárások fejlődésével párhuzamosan indult meg.

A nyelv és a beszéd működésének agyi lokalizációjáról szintén jelentős felfedezést tett Jean-Baptiste Bouillard és William Broadbent. Bouillard – aki Broca előtt, még az 1840-es években jelentette meg publikációit – a beszéd motoros funkcióinak működéséről tett alapvető megállapítást, amikor meghatározta az apraxiás állapotot. Leírása szerint az apraxia a nyelv (mint szerv) mozgatására való képtelenségből adódik. Ennek megfelelően elkülönítette egymásról az artikulációs és a nyelvi zavarokat (Tesak – Code 2008: 44). Broadbent szintén a beszédprodukciónak szükséges mechanizmusok feltérképezésében hozott újat: meghatározta azokat az agyterületeket, amelyek sérülése alexiát (az olvasás képességének szerzett zavara) és agráfiát (az írás képességének szerzett zavara) vált ki, valamint a hallóközpontot is lokalizálta a temporális lebenyben (Tesak – Code 2008: 62). Mindez annak szem előtt tartása szempontjából fontos a funkcionális elmélet számára, hogy az egyes nyelvi és nyelvvel szorosan összefüggő funkciók, illetve azok bizonyos összetevői ugyan az agy eltérő területein helyezkednek el, mégis együttes működésük szükséges a nyelvi folyamatok megfelelő működéséhez.

Az 1860-as évektől kezdve német nyelvterületen is megindult az agy tudományos igényű feltérképezése. A német orvos, Karl Wernicke megállapítása szerint az agyban szenzoros és motoros területek különböztethetők meg (Caplan 1999: 94). Betegeinek vizsgálata során figyelte arra, hogy a posterior (hátsó) agyterületeken sérült pácienseinek többnyire szenzoros problémákkal kellett megküzdenie (pl. a szavak helytelen érzékelése), míg az anterior (elülső) agyterületek sérülése motoros, vagyis kivitelezési problémákat okozott (ld. bővebben Benton – Anderson 1998: 45–47). A Wernicke nevéhez köthető asszociációs vagy konnekcionista modell meghatározása szerint a nyelv autonóm, különféle részrendszerekből álló, de együttműködő rendszer (Basso 2003: 5). Broca vizsgálatait kiegészítve arra a következtetésre jutott, hogy a szavak auditív

³ Az agykéreg felépítésének sematikus rajzait ld. az 1. számú melléklet 1–3. ábráján.

formáit tároló szenzoros kérgi terület felől – amelyet később Wernicke területnek neveztek – indul az információáramlás a szavak motoros kivitelezéséért felelős frontális lebenybeli Broca terület felé az azokat összekötő idegrostkötegen, a fasciculus arcuatuson keresztül (Caplan 1999[1987]: 93). E felfedezése nyomán jutott arra a felismerésre, hogy a sikeres nyelvi tevékenységhez több különböző agyterület szimultán működése szükséges. Ezen megállapítás adja a későbbi nyelvészeti szempontú afáziamegközelítések alapját is, noha a moduláris elméletek ennek alapján az egymástól független, hierarchikusan szerveződő modulok létezése mellett érvelnek, a holista megközelítések pedig éppen ellenkezőleg az egyes funkciók analóg és egymással összefüggő voltára következtetnek.

Ludwig Lichtheim 1884-ben megjelent tanulmányában amellet érvel, hogy Wernicke nem kellően pontos, amikor a nyelvet egyszerűen szenzomotoros funkcióként definiálja. Lichtheim szerint az elmeműködés és a gondolkodás szintén a nyelvi funkcióhoz kapcsolható (Basso 2003: 9). Ezen megállapítás jóval meghaladta korát, és egy igen fontos szempontot vont be a kutatásba. Eszerint a motoros, a fogalmi és az akusztikus központ kapcsolatainak, kimeneti és bemeneti útjainak különböző sérülései adják az eltérő afáziatípusok jellegzetes jegyeit (Tesak – Code 2008: 88). Modelljének megfelelően az afáziákat a szenzoros és motoros dichotómia mentén határozza meg, felosztása megegyezik a ma is leggyakrabban alkalmazott afázia-klasszifikációval.

2.1.2 Holisztikus modellek

A holisztikus elméletek már az afázia-kutatás korai szakaszában, vagyis a 19. század végén a lokalizációs elméletekkel párhuzamosan jelentek meg. A holisztikus szemlélet számos kutatót indított az afázias nyelvi zavar egyre alaposabb feltérképezésére. A holisztikus – ezen belül a hierarchikus, vagyis a nyelvi és más mentális funkciók hierarchikus szerveződését tartó – megközelítés számára John Hughlings Jackson 1870-es években született elmélete számít alapvetőnek. A brit orvos evolúciós alapon közelítette meg az idegrendszer felépítésének kérdését. Eszerint az idegrendszer egy többszintű szervezet: a fejlődés korai szakaszában kialakuló és alapvető – létfenntartó – működésekért felelős idegi szerveződésektől a magas szintű, komplex feladatokat ellátó struktúrákig létező hierarchikus felépítés jellemzi idegrendszerünket (Tesak – Code 2008: 56). Felismerése a nyelvi zavarnak és magának a nyelvi rendszernek a kapcsolatáról, máig az afázia-diagnosztika és -terápia alapvetése. Eszerint „lokalizálni azt a léziót, amely a beszédet károsítja, és lokalizálni magát a beszédet, ez két teljesen különböző dolog” (O.

Sági 1997: 26). Jackson emellett a nyelvi működés vizsgálata során a nyelv akaratlagos és nem akaratlagos funkcióinak megkülönböztetéséből indult ki (Whitaker 1998: 49). Megállapítása szerint az afáziás személy automatikus beszéde non-propozicionális, szemben a tudatos kontroll alatt álló normál, proposicionális beszéddel. Elmélete szerint az afázia a proposicionális jelentés létrehozására való képesség elvesztése (Tesak – Code 2008: 59). Noha elképzelését ebben a formában már nem fogadja el a tudomány, funkcionális szempontból rendkívül fontos a tudatos és automatikus folyamatok szerepének és működésének vizsgálata az afáziás beszédprodukcióban. Disszertációmban többhelyütt is e két folyamattípust, illetve bizonyos jellegű sérülésüket tartom felelősnek adott működések zavaráért.

A holista globális elméletek olyan túlzó állításait, mely szerint a lokális agysérülések következtében kialakuló nyelvi zavarok között csak a zavar súlyosságában van különbség, Kurt Goldstein igyekezett kigyomlálni, új alapot adva a holisztikus szemléletnek. Elméletére – a funkcionális irányzatokhoz hasonlóan – a Gestalt-pszichológia volt igen nagy hatással (Tesak – Code 2008: 137). Egyik fő megállapítása szerint egy szó létrehozása mögött jóval több van, mint pusztán egy auditoros és egy motoros inger előhívása és összekapcsolása. Elvetette azt az elképzelést, amely szerint az agy egymástól szigorúan izolált funkciók összessége volna; ehelyett amellet érvel, hogy figyelembe kell venni a pszichikai és fizikai eltérésekből adódó egyéni különbségeket. Megállapítása szerint ennek egyenes következménye az az azóta továbbfejlesztett nézet, mely szerint a rigid és pontos lokalizáció nem tartható elmélet. Az elméletébe bevont pszichológiai szempontok jelentősen gazdagították a holista szemléletű afáziakutatás elméletét és gyakorlatát is.

2.1.3 Neoasszociációs modellek

A klasszikus asszociációs modellek továbbgondolása az 1960-as években indult újra. Norman Geschwind nevéhez Wernicke modelljének felújítása kapcsolható: elmélete az ún. Wernicke-Geschwind modell, amely azóta is megkerülhetetlen az afáziakutatás szempontjából. Elméletének lényege a nyelvi és agyi struktúrák szerveződésének párhuzamossága (Caplan 1999: 96). Felfedezése szerint az agykéregbe érkező (auditív, vizuális vagy taktilis) ingerek asszociációja, ennek egyenes következményeként pedig a (tárgy)megnevező képesség kizárólagos emberi funkció. Megállapítása szerint a nyelvi folyamat az információáramlással zajló folyamatok egy speciális formája, amelyben

különböző agyterületek vesznek részt. Elveti a nyelv autonóm voltát, véleménye szerint ez a megközelítés számos kérdésre nem ad választ, ebben is előzménye lehet a funkcionális szempontokat érvényesítő afáziakutatásnak. Megállapítása szerint a nyelv egy teljesen egyedi evolúciós eredmény, amelynek célja és feladata a világról vagy annak résztvevőiről gyűjtött információink tárolása és továbbítása (Geschwind 1984: 34). Elméletének alapján tanítványai alkották meg a nemzetközi és hazai gyakorlatban is általánosan elfogadott és alkalmazott sztenderdizált tesztet, az ún. Boston Diagnostic Aphasia Examination-t (BDAE). Ezen komplex diagnosztikai eljárásnak rövidített változata a Western Aphasia Battery (WAB), amely hazánkban máig is a legelfogadottabb diagnosztikai módszer (eredeti angol nyelvű változata: Kertesz, Andras 1982. *The Western Aphasia Battery*. New York, Grune–Stratton; magyar nyelvű adaptációjának bemutatása: O. Sági 1991).

2.2 A kognitív neuropszichológia nyelvészeti vonatkozásai

2.2.1 Lurija és a funkciók dinamikus újrendezése

A neuropszichológia tudományának és a funkcionális szemléletmódnak az alapjait az Alexander Romanovics Lurija által megalkotott elmélet jelenti. Lurija megállapítása szerint az alapvető kognitív folyamatok megismerésének módja a lézióanalízis, melynek következtében a funkciók lokalizálása és meghatározása is lehetővé válik. Eszerint az emberi tevékenységformák „összetett funkcionális rendszerek (...), melyek többnyire szociális felépítésűek és önszabályozó módon működnek” (Lurija 1975: 56). Elméletének kidolgozásában fokozottan támaszkodott a sérült nyelvi rendszer működéséből származó adatokra, különös tekintettel az afáziás beszédre.

Lurija azt a megközelítést tartja célravezetőnek, „amely azt elemzi, hogy az agyi zónák mely kölcsönhatása biztosítja a bonyolult funkcionális rendszerek normális működését, mennyire dinamikus e funkcionális rendszerek elhelyezkedése az agyban, és hogy ezen a ‘konstelláción belül’ az egyes agyterületek milyen szerepet töltenek be a funkcionális rendszer működésében” (Lurija 1975: 57). Lurija megfigyelései során arra a következtetésre jutott, hogy egy egyszerű(nek tűnő) mentális művelet (pl. gondolkodás, írás, számolás) soha nem egy önmagában álló funkció, hanem egy komplex, számos összetevőből álló funkcionális rendszer.

Elmélete szerint az agy három nagy egységből, az energetikai, a viselkedést szabályozó és programozó, valamint az információ feldolgozásáért felelős egységekből áll (O. Sági 1997: 29). Az elsődleges energetikai mező, amelynek idegrendszeri központja az agytörzsben, a formatio reticularisban, valamint a hippocampusban található – tehát a kéreg alatti területeken, amelyeknek a nyelvi funkciókban betöltött szerepét csak az elmúlt évtizedekben kezdék kutatni –, felelős a figyelmi és motivációs tényezőkért, valamint a következtetési képességekért. Közvetlenül ide érkeznek, majd innen továbbítódnak a külvilágból szerzett információk. Ennek az afáziás beszéd vizsgálata szempontjából azért van különösen nagy jelentősége, mert a kéreg alatti struktúrák – néhány ritkább afázia típust leszámítva – többnyire nem érintettek az afáziákat okozó léziókban. A másodlagos funkcionális egységnek nevezett struktúraalkotó a szabályozó és programozó rendszer, vagyis a motoros egység. Ez felelős a tudatos viselkedés tervezésének és programozásának feladataiért, a szándékok kialakításáért és fenntartásáért, a gátló funkciók helyes működéséért, valamint az aktuális performanciáért. Az agyban a frontális lebeny és az asszociációs mezők, valamint a limbikus rendszer bizonyos részei látják el e funkciókat. A funkcionális vizsgálatok szempontjából ennek jelentősége, hogy mind a frontális lebeny, mind az asszociációs mezők meglehetősen gyakran érintettek az afáziákban, a legtöbb afázia típusban ezen területek – kivéve többnyire a kéreg alatt található limbikus rendszert – bizonyos részei sérülnek. A Lurija által meghatározott harmadik nagy egység az információfeldolgozásért felelős szenzoros funkcionális egység, amely az érzékelési, feldolgozási és tárolási feladatok működtetését, valamint az információk integrációját végzi. Idegrendszeri meghatározottsága: a posterior kérgi területek (a temporális és occipitális lebeny nagy része) és a parietális lebeny.

A Lurija által megalkotott elméleti keret a funkcionális szemlélet alapját teremtette meg a pszichológiában, ezzel együtt pedig nézőpontja jól alkalmazható a nyelvészeti kutatások számára is.

2.2.2 Neuropszichológiai modellek

A kurrens neuropszichológiai megközelítések az agy működését hálózatszerűnek tételezik. A neuropszichológia tárgya a klasszikus meghatározás szerint a körülírható kiterjedésű agyi károsodásoknál fellépő viselkedészavarok, a diffúz, elsősorban időskorban fellépő károsodások következtében kialakuló viselkedészavarok, valamint – a fejlődéses neuropszichológia kutatási területe – az agykárosodásnak és a viselkedészavaroknak az

ontogenezis folyamatában vizsgált kapcsolatai (O. Sági 1983: 124). Pataky és Kiss megfogalmazása szerint „a neuropszichológiai kutatások célja az idegrendszer károsodása következtében kialakult – elsősorban mentális működést érintő – állapotváltozást föltérképezni” (Pataky – Kiss 1999: 100). A nemzetközi afaziológiában a neuropszichológiai megalapozottságú elméletek és módszertanok jóval nagyobb befolyással bírnak a kutatásban, mint hazánkban (ld. Coltheart 1987; Howard – Patterson 1989; Lesser 1990, 1993, Lesser – Algar 1995; Lesser – Milroy 1993; Whitaker 1971; Marshall 2000). A hazai afáziaterápiás gyakorlatban a '80-as, '90-es években kezdett elfogadottá válni az afázia neuropszichológiai szempontokat – ezzel együtt holisztikusabb szemléletet – alkalmazó diagnosztikája és terápiája (O. Sági 1983; O. Sági – Verseghe 1984; O. Sági 1997; O. Sági 2005; Pataky – Kiss 1999; Pataky 2003; Pataky – Verseghe 2005; Pataky 2008; Verseghe 1997).

A pszichés tényezőknek a nyelvi tevékenységre, különösen az afáziás nyelvi tevékenységre való hatása a holista szemlélet szerint megkerülhetetlen, hiszen ezek vizsgálata nélkül nem kaphatunk a beteg tényleges nyelvi állapotáról releváns képet tekintettel arra, hogy a nyelvi és más mentális, pszichés funkciók kapcsolatban állnak egymással. A neuropszichológusok elsődleges célkitűzése az afáziával szinte mindig együtt járó pszichés és más mentális zavarok kezelése. Ezek fejlesztése a nyelvi terápia szempontjából is igen jelentős: minél jobb mentális állapotban van a beteg, annál valószínűbb, hogy nyelvi képességei is gyorsabb ütemben képesek javulni. Ennek figyelembe vétele nemcsak a nyelvi terápiában, de a holista szemléletű neurolingvisztikában is alapvető.

2.3 Nyelvészeti afaziológia, neurolingvisztikatörténet

2.3.1 A neurolingvisztika születése

Az első összefoglaló jellegű nyelvészeti szempontú afáziamagyarázat Roman Jakobson nevéhez köthető, aki 1941-ben jelentette meg *Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze* (*Child language, aphasia and phonological universals*, 1968) című monográfiáját. Ebben a nyelvi univerzálék, a gyermeknyelv és az afáziás mechanizmusok összefüggéseit kereste, és párhuzamot vont ezek működése között. Eszerint a nyelvi rendszer változásai szigorúan szabályozottak és azonos mechanizmusok szerint működnek

az anyanyelv-elsajátítás során, a nyelvbtlásokban és az afáziás beszéd jelenségeiben (Jakobson 1968: 18). Így tehát a gyermek nyelvi fejlődése – az egyre bonyolultabb struktúrák elsajátítása, vagyis az általánostól a specifikusig való haladás – inverz folyamata az afáziás beszédprodukcióban zajló folyamatoknak (Herman – Szentesi-Szépe 1995: 80). Mivel az afázia jelenségével foglalkozó korabeli kutatókban nemigen merült fel a nyelvészeti szempontok kutatásba való bevonása és a témában való illetékessége, ezért kidolgozta saját nyelvészeti afáziatipológiáját, amely Lurija neuropszichológiai afáziafelosztásán alapul (Jakobson 1964: 21). Noha Jakobson elméletét, mely szerint az anyanyelv-elsajátítás és az afáziás zavarok egymáshoz képest fordított irányban működnek, nem fogadja el a tudomány, bizonyos összefüggések mégis tehetők a két folyamat között. Disszertációmban a funkcionális nézőponttal összhangban kapcsolatot vélek felfedezni az anyanyelv-elsajátítás korai szakaszában bevéselt nyelvi és nemnyelvi tudás és az afázia súlyossága között. Korpuszalapú vizsgálatomból úgy tűnik, hogy minél korábban, ezért minél alaposabban és több csatornán tárolódik egy-egy információ, annál valószínűbb, hogy még a viszonylag súlyos afáziás állapotot is túléli.

A neurolingvisztika, ezen belül pedig a nyelvészeti afáziológia mint tudomány, az 1950-es években indult. Ennek feltétele volt annak felismerése, hogy az afáziát klinikai szempontból magyarázó kutatások nem adnak választ magának a nyelvi zavarnak, mint a nyelvi tevékenységet alapvetően befolyásoló tényezőnek a jellegzetességeire. A neurolingvisztika fogalmának megalkotását a párizsi Saint-Anne kórházban alakult afáziásokkal foglalkozó szakcsoport két vezetőjéhez, Henry Hecaen neurológushoz és Jean Dubois nyelvész nevéhez szokás kötni, mivel ők nevezték először a patológiás nyelv használatának tudományát neurolingvisztikának (Hegyi 1995: 13). A nyelvészeti afáziakutatás megindulásának lehetőségeit megteremtő utakról bővebben tájékoztat Herman és Szentesi-Szépe tanulmánya (Herman – Szentesi-Szépe 1995).

Ezt követően, egészen napjainkig az agy sérülése vagy degenerációja során bekövetkező nyelvi zavarok neurolingvisztikai megközelítése párhuzamosan alakul a kurrens nyelvészeti és neuropszichológiai elméletekkel. Ennek megfelelően nem beszélhetünk egységes neurolingvisztikáról: már magára a „mi a neurolingvisztika?” kérdésre is eltérő válaszokat adnak a moduláris és a holista vagy kevésbé moduláris irányzatok. Modularista definíció szerint „a neurolingvisztika az emberi agy szerkezete és az emberi nyelv nyelvtanának szerkezete közti összefüggéseket, valamint az agy működése és a beszédprodukció, beszédértés megszerveződése közti összefüggéseket kutatja” (Bánréti 1999: 7). Holista keretben a neurolingvisztika a nyelv és a kommunikáció

kapcsolatát az agyi funkciók különböző aspektusaival való összefüggéseiben tanulmányozza (Ahlsén 2006: 3). A neurolingvisztika tudományába tehát nem csupán a sérült nyelvi rendszer, ezen belül pedig az afáziás nyelv kutatása tartozik, bár a neurolingvisztikai kutatások jó része ebben a témakörben születik. Az afáziás nyelv mellett vizsgálati körébe tartozik például a gyermeknyelv, az anyanyelvfejlődés, a nyelvhasználati képesség fejlődése, a kétnyelvűség, a neurodegeneratív megbetegedésekkel járó nyelvi zavarok, az idegennyelv-tanulás agyi korrelátumainak kutatása, tehát összességében a nyelvért és kommunikációért felelős agyi folyamatok feltérképezése. Alább a jelentősebb nyelvészeti megalapozottságú afáziaelméleteket mutatom be röviden.

2.3.2 Chomsky és a modularista neurolingvisztika

A magyar szakirodalomban a moduláris alapokon álló neurolingvisztikai iskola által képviselt elmélet terjedt el leginkább. Magyar nyelven a moduláris szemléletű nemzetközi afázia kutatás legfontosabb állomásainak és elméleteinek alapos összefoglalását és áttekintését találjuk a Bánréti Zoltán által szerkesztett tanulmánykötetben (Bánréti 1999).

A moduláris megközelítés szerint „az ember nyelvi képessége autonóm rendszer és független mindazon más kognitív funkcióktól, melyekkel együttműködik” (Fromkin 1999: 59). A megközelítésmód alapjául Chomsky elmélete (Chomsky 1965), majd későbbi Minimalista Programja (Chomsky 1995) szolgált. A Minimalista Programnak a neurolingvisztikai kutatásban is alapvető megállapításait Bánréti foglalja össze: „A nyelv beágyazott az agy és az elme szélesebb architektúrájába. Az agy és az elme rendszerei interfész szinteken kapcsolódnak a nyelv által generált kifejezések reprezentációihoz. (...) Az emberi agy konstrukciója, a nyelvtan alapelvei ténylegesen levezethetőek az agy és az elme rendszerei által a nyelvi reprezentációkra, interfész szinteken kirótt olvashatósági feltételekből. Az agystruktúrájának valószínűleg jelentős beépített tudása van. (...) A nyelvi képességnek, mint 'mentális szervnek' az alaptulajdonságai genetikailag determináltak.” (Bánréti 1999: 22).⁴ Az elméletből szükségszerűen következik, hogy az afáziás beszédprodukciónban megnyilvánuló agrammatikus és paragrammatikus hibákat a sziktaktikai szerkezetépítő műveletek zavarával, illetve korlátozottságával magyarázzák (Bánréti 2000a: 43). Eszerint az afáziás nyelvtan alapvető problémája, hogy a betegek számára csak a szintaktikai fastruktúra alacsonyabb szintjén álló csomópontok megépítése

⁴ A Minimalista Programnak a neurolingvisztikára gyakorolt hatásáról ld. bővebben még Bánréti 2009.

lehetséges, mivel ezek kevesebb erőfeszítéssel és rövidebb idő alatt futnak le. A bonyolultabb szintaktikai struktúrák, az elemek mozgatása vagy a jegyek interpretációja, illetve az újrafeldolgozó műveletek az afázia súlyosságának függvényében lehetnek sérültek. Agrammatikus afáziában a zárt grammatikai szóosztály jegyei mutatnak jelentős károsodást. Az interpretálható és interpretálatlan formális jegyeknek az agrammatikus afázias beszédprodukcióban való megjelenéséről ld. bővebben Bánréti 1999; 2000a; az újrafeldolgozó műveletekkel összefüggő ellipszis jelenségének magyarázatára ld. Bánréti 2000b.

Az elmúlt évtizedekben a generatív kutatásokban is egyre nagyobb hangsúly került az agyi képalkotó eljárások segítségével történő vizsgálatokra. Ezen vizsgálatok eredményei nyomán úgy tűnik, hogy a különböző nyelvtani elvek más-más agyterületekhez köthetők. Így például agyi aktivitást mutattak ki XP-mozgatással járó feladatokban a bal oldali elülső és hátsó homloklebenyi területeken, a bal hátsó precentrális sulcusban, amely aktivitások egyidőben voltak kimutathatók (Bánréti 2009: 1068). A mondat szintaktikai komplexitását mérő feladatokban pedig aktívnek találták a Br 44-es areát (Broca-mező), a bal elülső homloklebenyi területeket, valamint a másodlagos motoros területeket. Az eredmények azt mutatták, hogy az agyi aktivitás mértéke szoros összefüggést mutat az ingermondat szintaktikai komplexitásával (Bánréti 2009: 1071).

2.3.3 Afáziakutatás és természetes nyelvelmélet

Noha az afázias nyelvi zavarnak a természetes nyelvelméleten belüli magyarázata kézenfekvő volna, a nyelvészeti afáziakutatásban meglehetősen kevés figyelmet kap ezen elmélet. Az afázias nyelvi jelenségeknek a természetes nyelvelméleten belüli magyarázata magának a nyelvelméletnek az elterjedéséhez hasonlóan elsősorban német nyelvterületen használatos. A téma alaposabb vizsgálatára egy monográfia (Seewald 1998) és egy tanulmánykötet (Dressler – Stark 1988), valamint néhány önálló tanulmány vállalkozott.

Az afázias produkcióban megjelenő grammatikai korlátozottságokat és zavarokat meghatározható szabályszerűségek következményeként írják le, amely szabályszerűségek segítségével nem csupán az afázias korlátozottságok vezethetők le, de az egészséges nyelvtan is, valamint a beszéd és más kognitív működések is megérhetővé válnak általuk (Seewald 1998: 130). Seewald részletesen bemutatja a grammatikai kategóriákat és azok funkcióinak, a nyelvtani hierarchiának, a jelöltségi és természetességi jegyeknek az egészséges és az afázias beszédben való megjelenéseit. Emellett kitér az aspektus, a

modalitás és a temporalitás kérdéseire és működési módozataira is. A természetes nyelvelméletnek az afáziás beszédprodukció vizsgálatában való hasznosíthatóságát pedig részletes empirikus elemzésekkel támasztja alá. A jelöltségi elvek, a transzparencia vagy a szerkezeti ikonikusság elve mind magyarázhatja az afáziás nyelvi jelenségeket. Az elmélet értelmében az afáziás sérülések jóval érzékenyebbek a jelölt elemekre, mint a jelöletlenekre: a jelölt elemek gyakrabban sérülnek (Seewald 1998: 131). Ez a megállapítás szoros összefüggést mutat az afáziás beszédfeldolgozási folyamatok korlátozottságainak vizsgálatával is: a jelöletlenebb, vagyis természetesebb, ezáltal pedig könnyebben hozzáférhető és feldolgozható formák az afáziások számára kisebb nehézséget jelentenek, mivel kevésbé terhelik az idegrendszert. Hasonló eredményre jut nemcsak a morfológiai, hanem a morfoszintaktikai és szintaktikai kategóriák jelöltségi viszonyainak vizsgálata során is. A jelöletlen kategóriának tekintett jelen időt, amely egyúttal az én/itt/most referenciális kiindulópontot, ezzel együtt pedig a fizikai érzékelhetőséget is magába foglalja, az afáziások gyakrabban és könnyebben alkalmazzák, mint a múlt vagy a jövő időt (Seewald 1998: 130).

Ezekben a kutatásokban gyakran találkozunk a perszeveráció és parafáziák kérdésének vizsgálatával mind az afáziás, mind az ép beszéd szempontjából (Dressler – Stark 1989; Stark 2007 és 2012). Dressler megállapítása szerint ezek a tévesztések két csoportra oszthatók: bizonyos típusaik megjelennek afáziás és ép beszélők beszédprodukciójában is, míg más típusok csak az afáziás beszédre jellemzők. Megállapításai szerint anticipáció, perszeveráció, metatézis és kontamináció ép beszédben is előfordulhat, míg a fonológiai neologizmusok az afáziás beszéd sajátjai (Dressler 1988). Ezen jelenségek funkcionális szemléletű részletesebb vizsgálatára a későbbi fejezetekben még visszatérek.

2.3.4 Pragmatikai megközelítés, neuropragmatika

Az afázia pragmatikai szempontú vizsgálata, diagnosztikája és terápiája a '70-es évek óta van jelen a tudományban (ld. pl. Ahlsén 2006; Becker 2001; Carlomagno 1994; Cummings 2008; Cutica et al. 2006; Davis – Wilcox 1985; Feyereisen – Seron 1982; Goodglass – Kaplan 1983; Holland 1999²; Huber et al. 2006; Joannette 1989; Klatt 1978; Lutz 2004; Mildner 2008; Paradis 1998a és 1998b; Perkins 1998 és 2005; Sarno 1998; Seron 1979; Tesak 2006; Worrall – Frattali (eds.) 2000). A magyar szakirodalomban csak az

ezredforduló után indult meg a pragmatikai szemléletű afáziakutatás (Ivaskó 2000, 2002 és 2004).

A pragmatikai alapú megközelítés fő feladatának az afáziások megmaradó kommunikatív képességeinek feltérképezését, és a terápiában való alkalmazását tekinti (Carlomagno 1994: 27). Alaptétele, hogy a nyelvi zavar mérése nem abszolút, vagyis nem lehet a beteg nyelvi sérülését pusztán statisztikai adatokkal leírni. Ehelyett a megmaradt kognitív képességek segítségével építik fel a „hibás” területek terápiáját. A kognitív nyelvi képességek ugyanis jóval többet jelentenek, mint egyszerű fonológiai, szintaktikai vagy lexikális képességet (Carlomagno 1994: 8). Emellett nem zárhatjuk ki az olyan alapvető, de nem nyelvi tényezőket sem, mint a memória kapacitása, a figyelem vagy az emóciók kifejezésére való képesség.

A pragmatikai diagnosztika és terápia a betegeket a sztenderd tesztek mellett spontán társalgásban, mindennapi, gyakorlatias szituációkban is vizsgálja. A pragmatikai nézőpont figyelembe veszi azt a tényt, hogy még az egészséges beszélő számára sem mindegy, hogy vizsgaszituációban kell számot adnia például a II. világháború összes csatájáról, vagy egy érdeklődő barátjával folytat izgalmas beszélgetést a témáról. Nincs ezzel másként az afáziás személy sem, sőt az afáziát kísérő tünetei, más korlátozottságai miatt e tétel rá fokozottabban igaz. Klinikai vizsgálatok bizonyítják, hogy az afáziások sokkal jobban teljesítenek a hétköznapi spontán szituációkban, mint „vizsgahelyzetben” (Carlomagno 1994: 26; Schnelle 2001;). A pragmatikai – és ezzel együtt a funkcionális – szempontú diagnosztika éppen a kommunikáció és a tényleges spontán nyelvhasználat tényezőit és jellemzőit vonja be és alkalmazza a vizsgálat során. Emellett figyelembe veszi, hogy az afáziás személy rendszerint (a) képes logikus gondolkodásra; (b) megérti és alkalmazni tudja a jeleket, a mimikát, a gesztusokat; (c) emlékszik a korábbi élményeire és foglalkozásbeli tanult ismereteire; (d) felismeri a mindennapi élet szituációit; (e) az egészségesekhez hasonlóan tartja a szociális kapcsolatokat (Huber et al. 2006: 19). Mindezek alapján fő elve a beteg megmaradt kommunikációs képességeinek segítségével javítani a sérült vagy alig működő képességeket és nyelvi hátrányokat.

2.4 Az emberi nyelv agyi korrelátumainak kutatása

A 80'-as években a modern agyi képalkotó eljárások fejlődése elmélettől függetlenül új lendületet adott az afáziakutatásnak. Ettől kezdve vált lehetővé, hogy a szigorúan orvosi,

neuropszichológiai vagy nyelvészeti megközelítések ne izoláltan, hanem egymást támogatva és kiegészítve lehessenek jelen a kutatásban. Az agykutatás fejlődésével természetesen az egészséges beszélők vizsgálata, így a normál nyelvhasználat vizsgálata is lehetővé vált, amelyet a nyelvészeti kutatások az elméleti alaptól függetlenül szívesen alkalmaznak. Ezen kutatások fejlődése során vált lehetővé az agy nyelvvel és nyelvhasználattal összefüggő funkcióinak feltérképezése, a hagyományos nyelvi központokon túl további, a nyelvi tevékenységben részt vevő agyterületek lokalizációja, a nyelvi folyamatok, és az azokkal összefüggő más kognitív működések (mint például a memória, figyelem, tanulás, vizuális és akusztikus ingerfeldolgozás) közötti neurális kapcsolatok egyre alaposabb feltérképezése.

A vizsgálni kívánt jelenséghez több, az agytevékenységet mérő módszer áll rendelkezésünkre. Annak megfelelően, hogy egy történés lokalizációjára vagy magának a történésnek a folyamatára vagyunk-e kíváncsiak, vagy pedig a történés időbeli lefolyása és az ebből levonható következtetésekre van szükségünk, alkalmazhatunk funkcionális képalkotó („mi” és „hol”), valamint elektrofiziológiai („mikor”) módszereket (Gulyás 2003: 108). A funkcionális képalkotó eljárások közül a nyelvvel kapcsolatos vizsgálatok során leggyakrabban alkalmazott eljárások a PET (pozitron emissziós tomográfia), a SPECT (single photon emission computer tomography), az MRI (mágneses rezonanciás képalkotás) és az fMRI (funkcionális mágneses rezonanciás képalkotás). Mivel disszertációmnak nem tárgya ezen eljárások bemutatása, ezért a témában – elsősorban nyelvészeti szempontból, illetve a nyelvészettel való összefüggésben – ld. bővebben Crosson 2007; Csépe 2005: 30–38; Démonet 1998; Dronkers – Ludy 1998; Gulyás 2003; Gulyás – Mórocz 2008; Kertesz 1994; Mildner 2008; Papahtanasiou 2003; Salmelin 2006; Stemmer – Whitaker 2008; Whitaker 2010. A képalkotó eljárások mellett a nyelvészeti kutatások során kiváló segítséget nyújt az elektrofiziológiai módszer: az EEG (elektroenkefalográfia) az idegsejtek működése során kiváltott bioelektromos változásokat méri kiváltott potenciálok (EKP) segítségével (bővebben ld. Kéri és Gulyás 2003, Coulson 2004 és 2007; Segalowitz – Chevalier 1998). Segítségével mind a beszédprodukció, mind a beszéd megértése során végbemenő szintaktikai és szemantikai folyamatok jobban modellezhetővé és magyarázhatóvá válnak.

Holista kognitív alapokon már számos kutatás készült a nyelv agyi korrelátumainak részletes feltérképezésére (ld. pl. Coulson 2004 és 2007; Crosson 2007; Fernandino – Iacoboni 2010; Fortescue 2009; Givón 2002; LaPointe 2005; Stemmer – Whitaker 1998 és 2008; Perkins 2005). Erőteljesebben anatómiai szempontokat érvényesítenek az elemzések

során a neurolingvisztikai kutatás szempontjából feltétlenül releváns neuropszichológiai és neurológiai kutatások (pl. Csépe 2003 és 2005; Damasio 1998; Damasio – Damasio 2000; D’Ausilio et al. 2010; Dronkers – Ludy 1998; Federmeier – Kutas 1999; Hugdahl 2000; Kertesz 1994; Kimura [é.n.]; Lukács – Pléh 2003; Mildner 2008; Németh 2006; O. Sági 1997; Papahtanasiou 2003; Pléh – Lukács 2003; Salmelin 2006; Szirmai 2010).

A képalkotó és pszichofiziológiai módszereket alkalmazó eredmények elemzése során figyelembe kell venni azt a tényt, hogy bármely kognitív funkció működése során „ugyanaz az agyterület különböző kognitív műveletekben lehet aktív attól függően, hogy az aktuális feladat a hálózati összeköttetések melyik részének és hány elemének működését igényli” (Szirmai 2010: 337). Emellett az adott lézió vizsgálata során „az agyi területek többségénél nem tisztázott, hogy léziójuk nem vezet-e egy másik agyi régió működésének facilitálásához vagy gátlásához” (O. Sági 1983: 126). Az ezen megállapításokból következő törvényszerűségek figyelembe vétele vagy figyelmen kívül hagyása jelentősen módosíthatja a kutatás eredményét.

3. Az afázia

3.1 Az afázia meghatározása, kialakulása

3.1.1 Az afázia meghatározása

A beszédprodukción és a beszédpercepción rejtetten és rendkívül magas automatizáltsági szinten működő mentális folyamat. Az afázia olyan szerzett nyelvi zavar, amely mind a produkción, mind a percepción korlátozottságát jelenti. A zavar akadályozza a verbális nyelvi elemek célzott/tudatos előhívását és a beteg szándéka szerinti felhasználását (Hegyi 1995: 53). Ahogyan arról a nonverbális kifejezőelemek működését vizsgáló későbbi disszertációfejezetben kitérek, a sérülés többnyire nem terjed ki a nonverbális elemek szándékolt előhívására. Az afáziás beteg számos, a kommunikációt és a mindennapi életet megnehezítő problémával küzd, mivel az afázia számos pszichés és fizikai kísérőtünettal jár(hat) együtt. Fontos kiemelni, hogy a nyelv mint kognitív képesség viszonylag ép marad az agysérülés következtében is, disszertációmban a bemutatott vizsgálatok eredményei alapján magam is e tézis mellett érvelek. Dolgozatomban tehát az afáziás nyelvi zavart elsősorban a pragmatikai szempontú megközelítés keretében, valamint a kognitív neuropszichológia eredményeinek tükrében értelmezem, felhasználva az agyi képalkotó eljárások segítségével szerzett információkat.

A sérülés a nyelv és a nyelvi tevékenységhez szükséges folyamatok különböző részterületeit érintheti. A funkcionális vizsgálat keretében feltétlenül releváns annak a megállapításnak a figyelembe vétele és a gyakorlatba való beépítése, mely szerint „egy pszichés funkció zavaránál a károsodás nem egyszerűen az adott agyi terület működésének kiesését tükrözi, hanem azt, hogy az agy egésze hogyan funkcionál az adott terület működészavara esetén, és azt hogyan kompenzálja” (O. Sági 1997: 26). A holista afaziológusok egyetértenek abban a kérdésben, hogy „az afázia abból a kudarcból ered, hogy a beteg nem tudja használni a nyelvet, nem pedig abból, hogy a nyelvről való tudása elveszett volna” (Hegyi 1995: 35). Erre utal többek között, ahogyan az afáziások saját korlátozottságukat magyarázzák: eszerint túl hosszúnak érzik az utat a gondolattól a kimondott szóig, és „útközben” túl sok minden történik, amire még mind figyelniük kellene.

3.1.2 Az afázia kialakulása

Afázia az agy nyelvhasználat szempontjából domináns féltekéjének lokális sérülése következtében alakulhat ki (Hegyí 1995: 51). A sérülés többnyire az agykéregben történik, de megjelenhetnek afáziás tünetek a szubkortikális (vagyis a kéreg alatti) területek léziója nyomán is. Afázia leggyakrabban stroke következtében jön létre, de előfordulhat traumás agysérülés nyílt vagy zárt koponyasérülést okozó fizikai behatások következményeként, valamint bizonyos neurodegeneratív betegségek (pl. Alzheimer-kór) kísérő tüneteként (a nyelv és demencia, illetve az Alzheimer-kór összefüggéseiről ld. bővebben Hoffmann 2007). Emellett okozhatja bakteriális vagy vírusfertőzés, agytumor, esetleg aneurizmák, azaz ütőértágulatok kialakulása (vö. Kéri – Gulyás 2003 és Huber et al. 2006: 27). Az afáziát a pontos meghatározás végett el kell különítenünk a dysarthriás tünetektől, vagyis a beszédhangképzés zavaraitól, valamint a diszfáziától, vagyis a megkésett beszédfejlődéstől. Bizonyos afáziatípusok emellett nehezen elkülöníthetők mániás vagy szkizofrén betegek jellegzetes beszédmódjától. A kórtörténet és a tünetek ismeretében azonban az afáziás állapot jól meghatározható.

3.1.3 Az afáziák járulékos tünetei

Az afázia járulékos tünetei között a nyelvvel összefüggő korlátozottságok mellett pszichés és fizikai zavarokat is találunk. A nyelvi zavart kísérő tünetek gyakran a sérült agyi beszédzónák mellett szintén sérült agyterületek funkcióival vagy a lézióhoz közel eső területek funkcióival függenek össze. A Broca afázia például, amelynek esetében a lézió gyakran a motoros asszociációs kéreg nagy részére is kiterjed, szinte mindig jobb oldali hemiplégiával (féloldali végtagbénulás) és más motoros tünetekkel (mint az orális és ideomotoros apraxia,⁵ agráfia) jár együtt. A transzkortikális motoros afázia pedig, amelyben a Broca mező kapcsolata szakad meg a komplex mozgások összerendezéséért felelős premotoros területekkel, igen gyakran jár együtt echopraxiával (egyes mozdulatok kényszeres ismételtetése) vagy ideomotoros apraxiával (a célirányos mozgások kivitelezésének zavara) (vö. Szirmai 2005). A funkcionális szemléletű afáziakutatásban fontos szerepet kell, hogy kapjanak a testi és pszichés tünetek összefüggései a nyelvi zavarokkal.

⁵ A tervezett mozgások kivitelezésének zavara.

Az alább felsorolt tünetek közül nem mindegyik jellemző minden afáziatípusra, de minden afáziás rendelkezik a felsoroltak közül több kísérő tünettől is. A lézió keletkezési oka, helye, más agyterületek érintettsége okán természetesen nem minden afáziatípussal jár együtt minden kísérő tünet, valamint nem minden, adott afáziatípusra jellemző tünet jelentkezik minden, adott csoportba tartozó afáziásnál. A kísérő tüneteket szemléltető alábbi táblázat tehát elsősorban a lehetséges és több-kevesebb gyakorisággal előforduló funkciózavarokat mutatja be (vö. Basso 2003; Engl 1990: 15; Hegyi 1995; Huber et al. 2006; Lutz 2004; O. Sági 1997; Szirmai 2005):

Nyelvi funkcióval összefüggő zavar	Pszichés zavar	Fizikai zavar
<ul style="list-style-type: none"> • agráfia (az írás motoros kivitelezésének zavara) • alexia (az olvasás zavara) • dysarthria (a beszédizomzat bénulása miatt fellépő zavar, amely főképpen a szupraszegmentumokat érinti) • diszkalkulia (számolási zavar) • acalculia (számolási képtelenség) • echolalia (a hallott szavak kényszeres ismételtetése) 	<ul style="list-style-type: none"> • emocionális sérülés • memóriazavar (elsősorban a munkamemória sérülése) • koncentráció- és figyelemzavar • feledékenység • fáradékonyság • lassúság • teljesítményingadozás • hangulatingadozás • tájékozódási képesség sérülése • a konstrukciós képesség sérülése • agnózia (a tárgyak és szimbólumok felismerési zavara jól működő szenzoros funkciók mellett) • anosognózia (a beteg nincs tudatában beszédzavarának) • inadekvát, agresszív viselkedés • depresszió, apátia 	<ul style="list-style-type: none"> • féloldali látótérkiesés • a mozgás és a mozgásszervezés sérülése • jobb oldali hemiplégia vagy hemiparézis (kisebb vagy nagyobb mértékű végtagbénulás) • féloldali hallássérülés • a finommotorika sérülése • orális és ideomotoros apraxia (a célirányos komplex mozgások kivitelezésének zavara az izmok megtartottsága ellenére) • csökkent féloldali érzékenység • féloldali zsibbadás • echopraxia (egyes mozdulatok kényszeres ismételtetése) • idegen kéz szindróma

2. táblázat: Az afáziák járulékos tünetei

3.2 Afáziatipológia

Dolgozatomban a neuropszichológiai és a logopédiai gyakorlatban elterjedt afáziaklasszifikációt alkalmazom azzal a kiegészítéssel, hogy az általánosan ismert fluens-nonfluens felosztás helyett – amelynek alapja a beszéd folyamatossága – a motoros-szenzoros dichotómiát tekintem elsőrendűnek, mivel funkcionális nyelvészeti szempontból ezen tényezők relevánsabbak, mint a beszéd fluenciája. Tekintettel azonban arra, hogy

nincsen sem két minden szempontból azonos agysérülés, sem két azonos mentális és szociális háttérrel rendelkező afáziás személy, ezért maguk az afáziák is meglehetősen színes képet mutatnak, jóval színesebbet, mint ami egy klasszifikáció keretébe befér. O. Sági alapos összefoglalását adja a homogén betegcsoport kialakítása körüli nehézségeknek. Kilenc olyan tényezőt sorol fel, amelyek miatt „rendkívül nehéz annyi egy csoportba sorolható beteget találni, hogy a kapott eredmények statisztikai módszerekkel is értékelhetők legyenek” (O. Sági 1983: 128). A kilenc tényező a következő (vö. O. Sági 1983: 129–130):

- a megbetegedés többnyire nem csak egy anatómiai egységet érint;
- a patológiás folyamat eredete és jellege máshogyan zavarhatja az agy működését;
- máshogyan hat az agyszövet hiánya vagy a daganat okozta destrukció;
- a daganat típusa is eltérés forrása lehet;
- a betegség időtartama és kialakulása (gyors v. lassú);
- individuális különbségek;
- a pszichikus folyamatok ontogenetikus fejlődésének törvényszerűségei;
- a beteg személyisége, intelligenciája, foglalkozása, premorbid állapota, tapasztalatai;
- lokális agyi károsodásokban az emocionális folyamatok értékelése.

A nehézségek ellenére azonban mind a diagnosztika, mind a terápia, mind pedig az afáziakutatás szempontjából szükséges a nagyjából hasonló tüneteket mutató afáziák csoportosítása. Az afáziakutatás évtizedei alatt számos különféle afáziatipológia látott napvilágot. Ezek alapos összefoglalóját ld. Benson – Ardila 1996 és Basso 2003, az eltérő klasszifikációk elméleti hátterét pedig ld. Turgeon 2008. Magyar nyelven is több, egymással részben átfedést mutató afáziaklasszifikáció létezik (ezek közül a legjelentősebbek Kertész 2003; O. Sági 1991 és 1997; Szirmai 2005). Az afáziák klasszifikációja a sztenderdizált afáziaesztekek alapján történik. A magyar klinikai gyakorlatban a WAB teszt (Western Aphasia Battery) alapján sorolhatók a betegek meghatározott afáziatípusokba. Ennek magyar nyelvű adaptációját Osmanné Sági Judit végezte el (O. Sági 1991). Alább röviden bemutatom az egyes afáziatípusok jellegzetességeit. Disszertációmban nem foglalkozom részletesebben az afázia néhány speciális esetével. Ezek a gyermekkori afázia, a primer progresszív afáziák, valamint az agnóziák.

3.2.1 Motoros afáziák

a) Globális afázia

A globális afázia klinikai megnevezése gyakran a totális afázia. A globális afázia a nyelvi produkció és megértés elvesztését jelenti kiterjedt kérgi sérülés következtében. A károsodás leggyakrabban a középső agyi artéria elzáródásának következtében alakul ki az agykéreg központi beszédzónáit is magába foglaló anterior és posterior területein egyaránt (Kertész 2003: 588, O. Sági 1997: 23). A zavar mind a motoros, mind a szenzoros mezőt károsítja (Szirmai 2005: 199).

Noha úgy tűnhet, hogy a globális afáziások kommunikációjában semmilyen tervezett megvalósulás nincsen, mégis megfigyelhetők a tervezés jelei a szupraszegmentumok és a gesztikuláció alkalmazásának többnyire adekvát formáiban (Hegyi 1995; Lutz 2004; Svindt 2011). A globális afáziás páciensek megértése sem szűnik meg teljesen: a szituációs kontextus nagy segítséget jelent számukra, ebből bizonyos a témára vonatkozó információkat képesek levonni (Kertész 2003: 588). A globális afázias személyekre jellemző a néhány szóra, automatizmusokra korlátozódó beszédprodukció. Artikulációjuk gyakran nehézkes és torzult, a beszédet fonémikus parafáziák jellemzik. A hangos olvasás és az olvasott szöveg megértése megmaradhat, de az írásra való képesség megszűnik, kivéve a másolást, amely esetenként többé-kevésbé megtartott maradhat (Hoffmann – Németh. 2006: 19).

b) Izolációs afázia

Az izolációs afázia talán a legvitatottabb afázia típus, mivel a globális afáziától gyakran csak annyiban különbözik, hogy a beteg képes a tárgyak – echolaliás, vagyis a korábban hallott szavak kényszeres, visszhangszerű ismétlésének – megnevezésére. A szakirodalomban még kevert transzkortikális afáziaként (O. Sági 1997: 84), valamint transzkortikális szenzomotoros afáziaként (Basso 2003: 48) hivatkoznak erre a típusra. Elnevezését onnan kapta, hogy az agysérülés elszigeteli egymástól a nyelvi zónákat úgy, a beszéd motoros központja és a szenzoros asszociációs nyelvi területek között megszakad a kapcsolat (Hegyi 1995: 28).

c) Broca afázia

Az egyik leggyakoribb afázia típus a Broca afázia, amely az ún. Broca terület és a környező területek léziója nyomán alakul ki. Az agyterület funkcióját és az afázia típusát felfedező Paul Broca aphemiának nevezte a jelenséget, más elnevezései: motoros afázia, expresszív afázia (Kertész 2003) vagy efferens motoros afázia (Lurija 1964). Ezen afázia típus jellemzője a nonfluens, akadozó, gyakori szünetekkel tűzdelt, agrammatikus, beszédprodukció. A betegek számára a beszéd hallható és látható erőfeszítést jelent, betegségükkel többnyire tisztában vannak, ezért nem is beszélnek szívesen. Spontán beszédük távirati jellegű, többnyire egy vagy néhány szavas rövid tömondatból áll. Feltűnő az igei szóosztály szelektív sérülése, ezzel együtt pedig a főnevek túlsúlya. A nyelvi zavar a szintaxisban érződik: a beteg a grammatikai szavakat és toldalékmorfémákat egyáltalán nem, vagy hibásan produkálja. A hosszabb vagy bonyolultabb szintaktikai szerkezetek feldolgozása és interpretációja szintén nehézségekbe ütközik (Basso 2003: 30). Mivel ez az egyik leggyakoribb afázia típus, a betegek szükségképpen ebben a típusban mutatják a legnagyobb változatosságot. A spontán írás a spontán beszédhez hasonlóan agrammatikus és nehézkes. Az utánmondás általában károsodott, a feltett kérdésekre azonban a beteg gyakran a kérdésben elhangzott szavakkal és szintaktikai formában válaszol (O. Sági 1997: 17). A generatív megközelítés szerint Broca afáziában a szűk érvényességi körű nyelvtani szabályok sérülnek, mivel a beteg beszédében csak az általánosabb érvényű szabályokat alkalmazza (Bánréti 2003: 226). A Broca afáziás betegek nehezen értik a passzív szerkezeteket és minden olyan megnyilatkozást, amelyben a logikai alany nem egyezik meg a grammatikai alannal (Basso 2003: 30). A beszédmegértés emellett viszonylag megőrzött marad, különösen az egyszerű hétköznapi társalgási szituációkban.

d) Transzkortikális motoros afázia

A transzkortikális motoros afáziát annak vezető tünete miatt gyakran echolaliának is nevezik, amely azonban nem azonos a logopédiai gyakorlatban használt kifejezéssel, de elterjedt még a dinamikus afázia megnevezés is a belső beszéd sérülése következtében kialakuló beszédzavarra utalva (Lurija 1964). Ebben az afázia típusban a lézió helye a Broca területhez kapcsolódó ún. kiegészítő (szupplementer) motoros beszédterületek, valamint az alattuk található fehérállományi rostok.

A transzkortikális motoros afáziát jelentősen zavart és nehézkes spontán beszéd mellett jó megértés és utánmondás jellemzi. Az utánmondás gyakran kóros mértékű, echolaliás beszéd alakulhat ki. Feltűnő jellemzője a beszédindításra való hajlam hiánya. Fonetikai szinten jellemző a beszéd diszprozódíája, a szavak vagy szótagok rosszul artikuláltsága, mássalhangzók behelyettesítése, törlése vagy felcserélése, valamint a beszédritmus zavara. Sérül a betegek kontextualizációs képessége, képtelenek összefüggő szövegek elmondására. Eszerint ebben az afáziatípusban az ún. belső beszéd bizonyos folyamatai károsodnak, amelynek következménye, hogy a beteg a nem teljesen verbalizálódott gondolatot nem képes beszéddé alakítani (O. Sági 1997: 35). A legtöbb afáziához hasonlóan a betegek képesek az automatizmusokat és begyakorlott frazémákat befejezni, de önállóan megkezdeni nem tudják azokat. Funkcionális szempontból fontos még, hogy az időrendbe szerveződő sorozatokat és cselekvéseket jól produkálják. Ezzel szemben a térbeli viszonyokat tartalmazó megnyilatkozások megértése különös nehézséget okoz nekik (O. Sági 1997: 21). Emellett különösen érdekes, hogy a beteg helyzetváltoztatással vagy bármilyen egyéb térbeli motoros tevékenységgel többnyire képes megindítani beszédét (Szirmai 2005: 199). Ez a jelenség szintén a verbális gondolkodás zavarát mutatja, hiszen a mentális motoros műveletek segítik, nem pedig gátolják a beszédprodukción. Beszédprodukciónjukban a kontextus, és a beszélgetőpartner kontextusba tartozó megjegyzései segítik. Írásuk gyakran alakilag is hibás, helyesírási és grammatikai hibákkal tűzdelt (O. Sági 1997: 21).

3.2.2 Szenzoros afáziák

e) Wernicke afázia

Ezen afáziatípust szokás verbális amnézia (Broca elnevezése), szenzoros afázia (Lurija 1964) vagy receptív afázia meghatározással megnevezni. A megnyilatkozásokra jellemző „szósaláta” jellegű beszéd miatt jargonafáziának is nevezik. Wernicke afáziában a sérülés helye a Wernicke mező, vagyis a szenzoros beszédmező, amely a temporális lebeny posterior-superior régiójában található. A Broca afázia mellett ez a típus alakul ki leggyakrabban agysérülés következtében. Vezető tünete a megértés és a megnevezés, valamint az ismétlés zavara. A beszéd fluens, sőt gyakran gyorsabb mint a páciens betegség előtti beszéde, az intonáció normális. A spontán beszéd megállíthatatlan, és a hallgatóság számára többnyire érthetetlen. Gyakoriak a paragrammatikus jelenségek,

amikor egy, a beteg által értelmesnek hitt, de valójában értelmetlen szó a mondat szintaxisának megfelelő raggal van ellátva. Hasonló képet mutat az írás: a beteg képes a betűvetésre, de írása érthetetlen, képe kusza. Megértése mind a hallott, mind az írott szövegek esetén rossz. Gyakran ismételt szavakat, amelyek vagy a saját korábbi megnyilatkozásából, vagy a beszédpartnerek beszédéből származnak. Ezzel összefügg, hogy figyelmét nehezen tudja egymás után következő feladatokra irányítani: ha egy feladatot már megértett és teljesített, nem képes egy következőre „ugrani” (O. Sági 1997: 18). Spontán beszéde szemantikus parafáziákkal és neologizmusokkal tűzdelt; a szavak értelme és jelentése pedig gyakran elidegenedik, vagyis a beteg hallja ugyan a szót, de nem tudja a jelentését. Mivel a Wernicke mezőhöz közel található a hallókéreg, ezért bizonyos fonémasorok vagy egymáshoz közel álló fonémák beazonosítása nagy nehézséget jelent a betegek számára. A Wernicke afázias személyt jól segíti a beszédhelyzet, ám egy szót bizonyos kontextusban képes felismerni, míg más kontextusban nem (O. Sági 1997: 18).

f) Transzkortikális szenzoros afázia

A transzkortikális szenzoros afáziát bizonyos iskolák nominális afáziának nevezik, Lurija elméletében pedig az akusztikus-amnesztikus afázia nevet kapta a zavar vezető tünetéről (Lurija 1964). A lézió elsősorban a gyrus angularis területén található, emellett sérülhetnek a középagyhoz közeli fehérállományi területek (Szirmai 2005: 200).

Ezen afázia típus jellemzője a fluens, de szemantikai parafáziákkal tarkított beszéd, valamint a zavart megértés. A beteg szó- és mondatismétlése jó, de nem érti, amit ismételt, valamint a feltett kérdésekre is gyakran a kérdés megismétlésével válaszol. Ugyanez igaz az olvasásra is: képes olvasni, de nem képes összefoglalni az olvasottakat, mert nem érti azt. Bánréti megállapítása szerint a zavar oka, hogy a beteg számára a szavak jelentése nem aktiválható (Bánréti 1999: 11). Erre az afázia típusra jellemző, hogy a beteg a környezetében elhangzott szavakból vesz át a megnyilatkozás kontextusába nem illő szavakat anélkül, hogy észrevenné ezt (O. Sági 1997: 21). A transzkortikális szenzoros afázia prognózisa többnyire jó, a felépülés gyorsnak mondható.

g) Vezetékes afázia

A vezetékes afázia felfedezése Wernicke nevéhez kötődik, aki a Broca- majd a Wernicke afázia sérüléséből kikövetkeztette egy további afázia típus meglétét. Eszerint a fasciculus

arcuatus területén, vagyis a két fő beszédzóna között összeköttetést biztosító agyterületen történik a sérülés, így az információ „vezetése” zavart szenved (Szirmai 2005: 198). Egyéb használatos elnevezései még a kondukciós afázia, a centrális afázia (Goldstein 1948), az afferens motoros afázia (Lurija 1964), valamint az efferens és afferens vezetékes afázia (Kertész 1979).

A vezetékes afázia jellegzetessége a viszonylag fluens spontán beszéd, amely első hallásra nem mindig tűnik fluensnek a sok hezitáció és szünet miatt, amit a szókeresés zavara okoz. A megnyilatkozásokban sok a parafázia. Vezető tünete a hangok és szavak ismétlésére való képtelenség (Hegyi 1995: 28). Az utánmondás mellett a hangos olvasás is zavart. A betegek emellett arról számolnak be, hogy a magukban olvasott szövegeket jól értik (Szirmai 2005: 198), de gyakran a hallott beszéd megértése is ép marad. Elsősorban a tárgyak megnevezése okoz nehézséget. Írásban a spontán beszédjükhöz hasonló hibákat vétenek, gyakoriak a betűkihagyások. Feltételezhető, hogy a beszédprodukciós folyamatoknak és a szavak hangalakai reprezentációjáért felelős folyamatok szétválása a zavar oka (Bánréti 1999: 11)

h) Anomikus afázia

A legenyhébb tüneteket produkáló afáziatípus az anomikus vagy amnesztikus afázia. Önmagában ritkán jelenik meg, többnyire valamely súlyosabb afáziatípus maradványtüneteként fordul elő (O. Sági 1997: 22). Ennek következtében maga a lézió sem mindig körülhatárolható, de a gyrus angularis sérülése szinte minden esetben fennáll (Hegyi 1995: 28). Ezt a típust több kutató (pl. Head, Wepman, Lurija) szemantikus afáziának nevezi utalva vezető tünetére, a megnevezési és szótalálási zavarra, amelyet a páciens leggyakrabban körülírással kompenzál. A fluens beszéd jó megértéssel és jó utánmondással párosul, a beteg beszédében többnyire csak a gyakori szókeresés utal nyelvi zavarra. A szótalálási nehézség az igék és névszók, névmások, mutatószók és kötőszavak hiányában mutatkozik meg (O. Sági 1997: 22). A szókeresési zavar az önálló írásban szintén megmutatkozik (Hoffmann-Németh 2006: 19).

3.3 Afáziadiagnosztika és rehabilitáció

3.3.1 A beteg állapotának vizsgálata

Az afaziológia és a neurológia közös, máig megoldatlan problémája, hogy hiába tudjuk lokalizálni a beszéd károsodásáért felelős léziót, magának a beszédnek és a nyelvnek az agyi elhelyezkedését mégsem tudjuk pontosan meghatározni (O. Sági 1997: 26). Mivel minden afázia szimptómák sokaságából áll össze, ezért minél jobban ismerjük a kiváltó okokat, annál sikeresebb terápiára van kilátás (Lutz 2004: 17). A nyelvi zavar terápiája szükségképpen nyelvspecifikus, ezért alább a magyarországi diagnosztikai és rehabilitációs gyakorlatra fókuszálok, amelynek a funkcionális nyelvészeti afáziakutatás szempontjából is van relevanciája.

A hazánkban is egyre nagyobb teret nyerő kognitív rehabilitáció alapvetése, hogy a beteg állapotát felmérő vizsgálati anyag az adott beteghez igazodjék (a hazai módszerekről bővebben ld. Cseh 1995; Hegyi 1995 és 1998; Krasznárné Erdős 2005 és 2009; O. Sági 2005; Pataky – Kiss 1999; Pataky 2003 és 2008; Pataky – Verseghi 2005; Verseghi 1997). Ennek megfelelően a vizsgálat „nem korlátozódik a kognitív deficitek föltárására, hanem az épen maradt funkciók kimutatása legalább annyira központi helyet foglal el a célkitűzések között” (Pataky – Kiss 1999: 100). A kognitív szemléletű rehabilitáció kiterjed a logopédiai és a neuropszichológiai fejlesztésre is. A beteg tényleges állapotának felméréséhez elengedhetetlen az oldott légkör, amely a lehető legkevésbé hasonlít „vizsgáztatásra”. A holista megközelítés nemcsak az afáziás szigorúan vett nyelvi produkciójára fókuszál, hanem figyelembe veszi a kontextuális, szemantikai és nyelvhasználati tényezőket is, és számol a beteg más kognitív képességeinek (mint pl. a memória, koncentráció, figyelemirányítás, térbeli tájékozódás, koordináció) korlátozottságával is. A nyelvi rehabilitáció gyakorlata azt mutatja, hogy a betegben rejlő meglévő kognitív képességek és ezek működése jelentősen befolyásolja a beszéd visszaállíthatóságának mértékét (Hegyi 1995: 57). Verseghi szerint olyan rehabilitációs módszerre van szükség, amely figyelembe veszi, hogy az afázia nyelvészeti, kognitív és kommunikációs zavar egyszerre (Verseghi 1997: 88). A pontos diagnózis felállításához a spontán beszéd; az utánmondás és ismétlés; a hallott beszéd megértése; a szótalálás; az olvasás, valamint az írás tényezőit kell megvizsgálni (Osmanné 1997: 76). A neuropszichológiai, logopédiai és neurolingvisztikai vizsgálatok megfelelő együttműködéssel mind a beteg, mind a szakemberek számára jó eredményt hozhatnak.

Emellett egy pragmatikai keretben történő neurolingvisztikai felmérés során – a fentiek mellett – a beteg kommunikatív kompetenciájának felmérése, valamint kompenzációs stratégiáinak leírása is szükséges.

A funkcionális szemléletű nyelvészeti afaziológia módszertanában nagy hasonlóságot mutat a pragmatikai alapú terápia alapelveivel: eszerint elsődleges cél a beteg megmaradt kommunikációs képességeinek segítségével javítani a sérült vagy alig működő képességeket és nyelvi hátrányokat. A terápia során eredményesen alkalmazható kompenzációs stratégiák elsajátításához segítik a páciens. Cél, hogy képes legyen a mindennapi információcserében aktív résztvevőként; beszélőként és hallgatóként egyaránt részt venni. Kiemelt szerepe van ezért a csoportterápiának, hiszen a személyközi kommunikáció, a mindennapi szituációkban való tervezett vagy spontán megnyilvánulás létrehozása és a világról való tudás releváns részeinek az adott kontextusban való felidézése társaságban könnyebben megy. A betegeknek emellett hasonló élethelyzetükből adódóan a hasonló élethelyzetük miatt az egymás közötti beszélgetés során lehetőségük van a természetes redundancia csökkentésére. Így pedig korlátozott figyelmi képességeikből többet fordíthatnak az adott kontextusban releváns megnyilatkozások létrehozására, illetve megértésére. A társalgást segítő kooperatív stratégiák elsajátítása szintén csak csoportban képzelhető el, ezek pedig a mindennapi kommunikáció szerves részei (a csoportterápia szerepéről ld. bővebben Szabó 2007). A pragmatikai terápiaiban ezért a szintaktikailag helyes kérdés-válasz vagy ismétlésstruktúra helyett az információátadás eredményességére helyezik a hangsúlyt (Carlomagno 1994; Huber et al 2006; Lutz 2004).

3.3.2 Az afáziás személy felépülését befolyásoló tényezők

Egy-egy afáziás megbetegedés prognózisa számos – fiziológiai, mentális, környezeti – tényező függvénye. Ezen tényezők ismerete nemcsak terápiás, hanem funkcionális nyelvészeti szempontból is jelentős, abban a tekintetben, hogy hogyan függenek össze a nyelvi folyamatokkal. Ezeken túl a gyakorlat szerint bizonyos afáziatípusok gyakrabban járnak együtt spontán felépüléssel, míg más afáziatípusoknak ez egyáltalán nem jellemzője. Szirmai összefoglalása szerint az amnesztikus, a vezetékes és a transzkortikális afáziáknak jobb a prognózisa, míg a globális afázia semmilyen esetben nem gyógyul teljesen (Szirmai 2010: 210). Az időben megkezdett megfelelő kezelés, valamint a

rehabilitációs folyamat időben történő megindítása szintén alapvető a javulás szempontjából.

A tünetekben az egyes agysérülések nyomán fellépő sokféleség természetesen meghatározza a felépülés, gyógyulás folyamatának menetét és lehetőségeit. A helyreállíthatóság mértékét a 31. oldalon felsorolt kilenc tényezőn túl további tényezők is befolyásolják, úgymint (a) az afázia típusa; (b) az életkor; (c) az afázia kezdeti súlyosságának hatása; valamint (d) a betegség etiológiája (O. Sági 1997: 85). Mindezek mellett a betegség nyomán kialakuló, különböző mértékű és típusú nyelvi zavar annál hatékonyabban gyógyítható, minél több mentális és szociális „mankó” áll a beteg rendelkezésére (például intelligencia, nyelvtudás, műveltség, olvasottság, tájékozottság, család). Az elmúlt években kísérletek történtek az afázia szociolingvisztikai szempontú megközelítésére is, noha ezek egyelőre csak egy-egy kutatás résztémájaként láttak napvilágot (Chapey 2001, Paradis 2004), mivel egy ilyen vizsgálat elvégzése több, egyenként is jelentős etikai problémába ütközik, ezért a téma direkt formában egyáltalán nem, és indirekten is nehezen kutatható. További probléma, hogy a terapeutának általában nincsenek információi a beteg premorbid nyelvi és mentális állapotáról vagy személyiségéről.

Az agysérülés után megmaradt kognitív képességeknek szintén szerepük van a gyógyulási folyamatban (Hegyí 1995: 57). A nyelvtől független tényezők közé sorolható a páciens általános mentális állapota, betegségtudata, személyisége, attitűdje és motivációja. Pataky és Kiss megfogalmazása szerint „ahhoz, hogy a betegben a kognitív működést illetően a változtatás igénye fölmerüljön, alapfeltétel, hogy a saját teljesítőképességének megváltozását reálisan észlelje. Pontosan körvonalazható kell legyen az a kognitív deficit, (...) amelynek a megszüntetését, csökkentését tűzi ki célul magának a beteg” (Pataky – Kiss 1999: 100). Ez a megállapítás összhangban van azzal a tézissel, amely véleményem szerint a moduláris és a holista kutatást legmarkánsabban elválasztja egymástól. Vagyis: míg a moduláris elemzések nem feltételezik az afáziás betegek nyilatkozása sikerességére vonatkozó erőfeszítéseit, addig a holista megközelítés számára éppen ez adja az elméleti keret egyik alapkövét.

A beteg gyógyulásának szempontjából érdemes tisztában lenni azokkal a szociális és környezeti tényezőkkel is, amelyek – a mentális és neurális tényezőkön túl – meghatározzák a felépülés tempóját és eredményességét. Ezek a nyelvtől független szociális változók az iskolázottság, az életkor, a foglalkozás, valamint a család és a közvetlen környezet. Az iskolázottság kérdése az afáziás betegek esetében fontos, de csak

megszorításokkal alkalmazható tényező. Az afáziás beteg rehabilitációja annál sikeresebb, minél több oldalról támogatható. Ez azt is jelenti, hogy minél szélesebb körű tudással, és minél nagyobb szókinccsel rendelkezik a beteg, annál nagyobb esélye van a gyógyulásra. A rehabilitáció során befolyásoló tényező a páciens életkora. Minél fiatalabb korban történik az agysérülés, annál könnyebb az épen maradt agyterületeknek a sérült területek funkcióinak részleges vagy teljes átvétele (ezt a jelenséget látjuk többek között a vizsgálati személyek közül az anomikus afáziás R. beszédprodukciójában). Az afáziás páciens foglalkozása szintén meghatározója lehet a felépülés folyamatának. A logopédiai gyakorlat során a terapeuta számára is meglepő helyzeteket okozhat egy-egy páciensnek a foglalkozásából fakadó speciális tudása, szaknyelve.⁶ Emellett minél magasabb, illetve minél felelősségteljesebb beosztásban lévő személyből válik afáziás páciens, gyakran annál nehezebb dolga van a terapeutának, mivel a beteg nem szívesen néz szembe saját korlátozottságával, és nem szívesen vesz részt a nemritkán gyerekesnek tűnő terápiás feladatokban. Emellett a páciens családjának, hozzátartozóinak hozzáállása sem jelentéktelen tényező. Jelentősen befolyásolja a rehabilitáció sikerességét az elutasító vagy az elfogadó családi háttér, valamint a sérült családtagnak nyújtott segítség módja (erről bővebben ld. Pataky 2008).

⁶ A következő példa Bánréti Zoltán szóbeli közléséből származik: Egy ács és tetőfedő végzettségű páciens feladata a képmegnevezési teszt során egy hód felismerése volt. Az agy bonyolult hálózatos rendszerét illusztrálja, hogy bár a páciens az állat nevét nem tudta kimondani, de hogy felismerte, mit lát a képen, azt válasza bizonyítja: „...van van i ilyen cserép” (ti. hód farkú cserép). A cserépfajtákban nem járatos terapeuta számára a beteg válaszának értelmezése ugyanolyan nehézséget okozott, mint a beteg számára a képen látott állat nevének kimondása.

III. A jelentéskonstruálás alapjai afáziában

Disszertációm jelen fejezetében a jelentéskonstruálásnak az afáziás beszédprodukció és beszédmegértés szempontjából legalapvetőbb befolyásoló tényezőit járom körül. A jelentések létrehozásának és adekvát használatának egyik alapköve a tárolási rendszerek kapacitása és megfelelő működése, az előhívó és hozzáférési folyamatok, valamint a figyelemnek mint az ezek kontrollálásában szerepet játszó tényezőnek az együttes, összehangolt működése. Nyelvészeti szempontból ahhoz, hogy szerkezetileg és szemantikailag koherens egységeket hozhassunk létre, szükség van a lexikon és a dinamikusan változó kontextus egyidejű, egymással összehangolt működésére (Croft – Cruse 2004: 97). A kontextushoz való hozzáigazítás, és a megfelelő mentális képletek kiválogatása a kategorizációs struktúrák és a sémák működése által irányított folyamatok.

A jelentések vizsgálatával összefüggésben a legtöbb neurolingvisztikai kutatás a szó- és jelentés-felismerési zavarokra vonatkozik. Könyvtárnyi vizsgálat készült különböző típusú afáziások szókeresési, szófelismerési, képmegnevezési vagy éppen jelentés-felismerési zavarainak meghatározására. Az agyi képalkotó eljárások segítségével történő elemzések óta számos – elsősorban kiváltott agyi potenciál (EKP) – mérés és vizsgálat született a szemantikai sértések jellemzőinek feltérképezésére (ezekről összefoglalóan ld. bővebben Coulson 2004 és 2007; Kéri – Gulyás 2003). A nem moduláris megközelítések – mint a relevancia-elmélet – amellet érvel, hogy egy szónak egy adott kontextusban vannak releváns és kevésbé releváns értelmezési lehetőségei (vö. Reboul – Moeschler 2005). Funkcionális keretben pedig alapvetésnek tekintjük, hogy a szavak és mondatok (clause) nem önmagukban hordoznak valamilyen jelentéstartalmat, hanem ezt a kontextus és a nyelvi lehetőségek segítségével a beszélő és a hallgató feladata megkonstruálni (Croft – Cruse 2004: 98). A jelentéskonstruálás folyamatainak irányított empirikus vizsgálata jelentősen nehezebb, mint a jelentések feldolgozásának mérése, mivel ezen vizsgálatok más tényezők indirekt mérésével is együtt járhatnak, amelyeket meglehetősen nehéz elkülöníteni a szigorúan vett jelentéslétrehozás folyamatától. Meglátásom szerint éppen ezért a spontán beszéd elemzése releváns eredményt adhat. A kontextusba ágyazott megnyilatkozásokból ugyanis következtetéseket vonhatunk le a rejtetten zajló folyamatokról is, emellett kizárhatjuk a feladatmegoldás kötött szituációjából adódó, és gyakran éppen a szemantikai funkciókat gátló folyamatok negatív hatásait. Mindehhez azonban nem elegendő a jelentéssel bíró nyelvi egységek kimeneti oldalát vizsgálni, hanem

célszerű a verbalizált produkcióhoz vezető utat is a lehetőségekhez képest feltérképezni. A nyelvi produkciót közvetlenül befolyásolják a nyelvvel csak közvetett összefüggést mutató olyan kognitív folyamatok, mint az emlékezeti működés és az ehhez kapcsolódó előhívó és hozzáférési folyamatok. Gondolkodásunknak mind nyelvi, mind képi formában tárolt elemeit kategóriákba rendszerezük, a kategóriaelemek működését pedig számos tényező határozza meg, úgymint az elemek egyedi begyakorlottsága, elméleti elsáncoltsága és általános, a hétköznapi kommunikációban való gyakorisága (szógyakoriság, *word frequency*), valamint az egyén nyelvi tevékenysége során az adott elem megjelenési gyakorisága (használati gyakoriság, *token frequency*). Emellett egy adott szó vagy frazéma vizsgálatakor érdemes figyelembe venni annak az anyanyelv-elsajátítás folyamatában történt nagyjából elsajátítási időpontját is. Ez abból a szempontból lehet szükséges, hogy az anyanyelv-elsajátítás korai szakaszában tanult elemek jellemzően az alapszintű kategóriák közül kerülnek ki, ennek megfelelően mélyen elsáncoltak, így egy lehetséges agysérülés nagyobb valószínűséggel hagyja őket legalább részben érintetlenül. Disszertációmban vizsgálom a gyakoriság, begyakorlottság és elsáncoltság hatásait az egyes szóosztályokra, különös tekintettel az igék és a főnevek csoportjára. Az igék és főnevek általában szelektíven sérülnek az egyes afáziatípusokban, a sérülés többnyire jól adatható, és jól jellemzi az egyes afáziákat: eszerint a szenzoros (fluens) afáziásokra a dologi jellegű entitások – amelyek prototipikusan főnévi formában jelennek meg – kifejezésének zavara, míg a motoros (nonfluens) afáziásokra az igék produkciójának nehézsége jellemző. Vizsgálatom szerint e szelektív sérülés során az egyes afázias személyek produkciójában nagyobb különbségek fedezhetők fel a szemantikai összetettség kérdésében, mint a szófaji kategóriák megkülönböztetésében.

A jelentések létrehozásához első lépéseként tehát szükséges a kategorizáció folyamatának megfelelő működése. Az afázias beszéd vizsgálata során könnyebbé tehető jelent, hogy mivel a kategorizációs és sematizációs folyamatok csak részben nyelvi meghatározottságúak, működésük többé-kevésbé megtartott maradhat még súlyos afázias állapotokban is, illetve a gyógyulási folyamatban gyorsabban állhatnak helyre az elsősorban nyelvi struktúráknál. A kategorizáció művelete, illetve rendszerének az afázias sérülés után fennmaradó állapota megkerülhetetlen tényezője az afázias beszédprodukció funkcionális szemantikai vizsgálatának. A kategorizáció mint az emberi kogníció egyik legalapvetőbb működése már az egyedfejlődés korai szakaszában is meghatározza a tanulási folyamatok eredményességét (vö. Tomasello 2002). Ezen folyamatok nagy része tapasztalati tanulás során interiorizálódik, ezért feltételezhető, hogy az afázias nyelvi zavar

a kategorizáció alapvető műveleteit, illetve magukat a hierarchikus szerveződésű kategóriákat vagy azok nagyobb részét nem érinti. A prototípusok alapszintű kategóriáinak – éppen azok alapvető és általános jellemzői miatt – az elvárások szerint épen kell maradniuk. A kategorizációs folyamatok sérülésének mérését éppen az a tényező teszi meglehetősen nehézkesé, amelynek köszönhető, hogy az alapszintű kategóriák az afáziás nyelvi zavarban is épen maradnak: a képileg (is) tárolt ezért többnyire épen maradt információt az egyes afáziaesetek során nyelvi formában igyekszünk előhívni a nyelvi zavarban szenvedő páciensekkel. A sematizációs folyamatok során létrejövő idealizált kognitív modellek, úgymint a statikus tudáskeretek, a dinamikus forgatókönyvek, valamint a konvencionalizált nyelvi kifejezések előhívásának és az adott kontextusban való alkalmazásának folyamata állandó alkalmazkodást és hozzáigazítást igényel mind a beszélő, mind a hallgató részéről. A tudáskeretek és forgatókönyvek a beszédszituációban adott kontextus meghatározó tényezői, ezért az afáziás beszédprodukcióra vonatkozó jellemzőiket *A kontextus szerepe az afáziás nyelvi tevékenységben* című fejezetben is vizsgálom.

4. A hozzáférés és a gyakoriság tényezőinek hatása mint a jelentéskonstruálás meghatározói

Ahhoz, hogy egy diskurzusban adekvát megnyilatkozásokat tehesünk, számos, a konkrét nyelvi folyamatokkal csak közvetett kapcsolatban álló más, elsősorban nem vagy nem csak nyelvi természetű kognitív folyamat működése is szükséges. Jelen alfejezetben a hozzáférés tényezőit, valamint a gyakorisági hatásokat vizsgálom abból a szempontból, ahogyan működésük vagy zavaruk az afáziás személyek beszédprodukciónak, -észlelését és -megértését a jelentések létrehozása szempontjából befolyásolja. A tényleges nyelvi produkció milyenségét többek között az emlékezeti rendszerek és a mentális lexikon, valamint az ezeket működtető folyamatok, mint a felidézés, az előhívás és a hozzáférés mechanizmusai határozzák meg. Ezek a képi és nyelvi gondolkodást lehetővé tevő folyamatok (Damasio 1996: 111). A nyelvi folyamatokon belül pedig a konkrét, a kontextusban minden szempontból adekvát jelentéstartalmak létrehozására mindezek mellett olyan, a nyelvi képességekkel szoros kapcsolatban álló tényezők vannak hatással, mint a begyakorlottság, az ezzel összefüggő feltűnőség és elsáncoltság, valamint a gyakoriság. Disszertációmban jelen fejezetében elsősorban ezeket a tényezőket vizsgálom az afáziás nyelvi tevékenységre való hatásuk szempontjából. Ezen folyamatok erősen kötődnek a kategorizáció műveletéhez, amelynek vizsgálatára külön fejezetet szánok (5. *Kategorizációs folyamatok és a sematizáció afáziás személyeknél*).

4.1 A tárolási, észlelési és felidézési zavarok

Az információt tároló, észlelő és megértő rendszerek a konstruáló folyamatok megfelelő működésének hátterét adják. A mentális lexikon szerveződése/felépítése meghatározza az előhívás és hozzáférés mikéntjét, egyúttal pedig a felidézési és hozzáférési zavarok jellegzetességeit. Régóta kutatott kérdése a neurolingvisztikának, hogy az afáziás nyelvi zavar mögött vajon magának a mentális lexikonnak, vagy csak a mentális lexikonhoz való hozzáférésnek a zavarát kell-e látnunk. Az újabb kutatási eredmények a hozzáférési utak sérülését mutatják (Bastiaanse – Sonneveld 2004; Erdeljac – Sekulic 2008; Hoffmann 2001; O. Sági 1995 és 1999). A mentális lexikon szerveződésének vizsgálata mellett a memóriefolyamatok is – különösen az afáziát kísérő munkamemória-korlátozottság – az afáziás nyelvi zavart meghatározó tényező.

Míg a kimeneti oldalon – jelen vizsgálati keretben – a mentális lexikon és a munkamemória működésének ismerete a hozzáférés zavarainak kutatása szempontjából érdekes, addig a bemeneti oldalon a percepció folyamatok zavarához adhat hozzá információt. Bár disszertációmban a spontán afáziás beszéd elemzése során elsősorban a beszédprodukciós, vagyis kimeneti oldal folyamatait vizsgálom, a következőkben röviden a percepció zavaráról is ejtek néhány szót. Disszertációmban nem vizsgálom részletesen a vizsgálati személyek munkamemóriát és mentális lexikonát. A páciensek mentális lexikonának elemzése azért marad ki dolgozatomból, mert a lexikon bizonyíthatóan releváns eredményt adó felmérése megfelelő módszertan hiányában nem megoldott. A munkamemória vizsgálata ezzel szemben a korpusz építésének hiányossága miatt marad el. Az elemzett korpuszhoz ugyanis nem áll rendelkezésre az afáziás személyek munkamemóriáját felmérő teszteredmény. Ennek oka, hogy a videofelvételek készítésének időpontjában (2008–2009) a felvételek mellé – mivel más típusú vizsgálatokhoz készültek – nem készültek külön munkamemória-vizsgálatok az adott betegekkel. Az azóta eltelt időszakban pedig a vizsgált afáziás személyek produkciója – M. kivételével – jelentősen javult, így egy később elvégzett tesztnek nem lett volna relevanciája a korábbi beszédállapot mérésében.

4.1.1 A mentális lexikon

Mind a beszédprodukció, mind a beszédészlelés és -megértés sikeressége a mentális lexikon működésének, illetve a lexikon elemeihez való hozzáférés folyamatának is a függvénye. A mentális lexikon felépítésének modellálására számos elmélet született (ezekről összefoglalóan ld. Aitchison 1987). Funkcionális keretben leginkább a lexikont pókhálószerű hálózatként elképzelő elméletek alkalmazhatók. A pókháló-elmélet szerint a lexikonban található szemantikai egységek összetett kapcsolatrendszerben alkotnak és hálózatosan szerveződnek: vagyis egy egység több más egységgel is kapcsolatban állhat. Eszerint az adott szójelentés az adott kontextusban a fogalomnak csak egy – a kontextusban és a beszélő számára releváns – részét aktiválja (Aitchison 1987: 41). Mindez a lexikon elsősorban szemantikai alapú szerveződését mutatja, ennek megfelelően pedig szoros összefüggést mutat a kategorizációs folyamatokkal, valamint a prototípusok szerint szerveződő gondolkodás kérdésével.

A mentális lexikont vizsgáló kutatások fő iránya a nyelvi elemek lexikonban való tárolásának formája (pl. szabályos és szabálytalan alakok eltérő módon és más helyen

tárolódnak-e), valamint a hozzáférés folyamatai. A mentális lexikonból való előhívás folyamatának mikéntjéről részletes funkcionális modell nem áll rendelkezésre, általánosan elfogadott elmélete a modulokban gondolkodó levelt-i elképzelés (Levelt 1989; magyar nyelven: Gósy 2005). A levelt-i elmélet szerint a mentális lexikonból való előhívás folyamata hierarchikusan szervezett, egymástól független működési szintek eredménye. Eszerint „a szavak szemantikai, szintaktikai és lexikai formájára vonatkozó információk független reprezentációs szinteket alkotnak, és (...) a hozzáférés a lexikális egységekhez legalább két lépésben történik. Az egyik a szemantika, a szintaxis, a lexikai reprezentáció kiválasztása, a másik a hozzá tartozó lexikális fonológiai forma meghatározása” (Gósy 2005: 209). Moduláris keretben az afáziás sérülés egyik lehetséges magyarázata a szójelentést, szóosztályt és más grammatikai jellemzőket tartalmazó lemma szint sérülése (Bastiaanse – Zonneveld 2004: 198). Az egyes szóosztályok külön allexikonokban való tárolását valló elképzelések szerint az egymástól független tárolás ellenére ezen szublexikonok aktiválódása – egészséges beszélőknél – időben összehangoltan megy végbe (Bánréti 2000: 21). Ezzel összhangban áll Shapiro és munkatársainak érvelése, amely szerint mind a percepcióban, mind a produkcióban meg kell különböztetni a nyelvtani tudást a konceptuális tudástól (Shapiro – Hillis – Caramazza 2007: 211). Crepaldi és munkatársai ezzel szemben felhívják a figyelmet a fentiekből következő tárolási nehézségekre: eszerint ugyanis egy-egy lexikai elemet négyféleképpen kellene tárolnunk, ami ellentmond a nyelv gazdaságosságra való törekvésének alapelveivel, valamint kapacitásproblémákat is fölvet (Crepaldi et al. 2006: 75).

Az afáziás nyelvi zavar és a mentális lexikon összefüggéseit vizsgáló kutatások többnyire a lexikonból való előhívás zavarait és a hozzáférés útjait vizsgálják. Ennek vizsgálata leggyakrabban képmegnevezési feladatokkal, szó- és mondatmegértési, valamint szóismétlési feladatokkal történik (O. Sági 1999: 126–127). A logopédiai gyakorlat bizonyos afáziatípusokban épít a szókezdet szókiváltó hatására, amely jelenség működése a mentális lexikon épségére utal. Azonban a szókezdet hatásának működési zavarából önmagában nem következik a mentális lexikon sérülése, az csupán a fonológiai mechanizmusok hibáját jelzi. A disszertációban vizsgált korpuszban is találunk adatot a fonémikus támpont hatékony és nem hatékony működésére is. A fluens afáziás V. beszédét nem segíti a szókezdet, míg a nonfluens Zs. beszédében hatékony segítséget jelent. Ezt szemlélteti a következő két példa. Az (1) alatti példában V.-nek a Szeged szót kellene megismételnie. A fonémikus támpont (sem az első hang, sem az első szótag) nem segíti a betegeket, csak akkor sikerül kimondania a szót, amikor a terapeuta újra kiejti a teljes szót.

- (1) Logopédus: Sz sz sz
 V.: Ssssszzz.
 Logopédus: Sze. Sze.
 V.: Pécs? Az nem jó.
 Logopédus: Sz sz sz.
 V.: Szö szö. Szö.
 T2: Sz betűvel kezdődik annak a helynek a neve.
 V.: Pö.
 T2: Nem pö, essz.
 V.: Pécs!
 T2: Nem, Szeged volt.
 V: Szeged. És alatta a másik meg...

A következő példában pedig az anomikus afáziás R. segít Zs.-nek kimondani a célszót. A téma a magyar bortermő vidékek, R. a Balaton-felvidéket mutatja térképen Zs.-nek. Zs. először elakad, mivel a korábban említett Villány szó elejét produkálja, holott nem azt szeretne volna kimondani. A fonémikus és a vizuális (térkép) támpont együttes hatása segít az afáziás személynek a helyes produkcióban.

- (2) T2: Azt hittem, hogy a vörösbor útján akar tovább menni,
 Szekszárd, Villány volt.
 Zs.: Volt, de vill vill
 R.: Akartam segíteni. *(mutatja a térképen a Balaton-felvidéket)* Bor mely vidék
 Zs.: És? *(kérdő fejmelés)*
 R: Bö bö. Ba
 Zs.: Ba.
 T2: Mindjárt megnyitunk egy bortúrát itt.
 Zs.: Jaj, Istenem. *(hosszú csend, közben R. és egy másik afáziástárs mutatja a térképet. R. újra megismétli az első szótagot: Ba.)* Badacsony.

O. Sági vizsgálatában arra az eredményre jut, hogy a lexikonból való előhívás sikerességében, valamint a fonémikus támpont hatékonyságában nagy szerepe van a szógyakoriságnak is (O. Sági 1995: 134). A szógyakoriság és az ehhez szorosan kapcsolódó elsáncoltság és begyakorlottság mechanizmusainak az afáziás beszédprodukcióra való hatását a következő alfejezetekben elemzem részletesen.

4.1.2 A munkamemória jelentősége az afáziás beszéd vizsgálatában

A tárolási folyamatokon belül az afáziás beszédben a munkamemória sérülése az egyik legalaposabban kutatott terület, mivel az afázia típusától és súlyosságától részben függetlenül kisebb-nagyobb mértékben a legtöbb afáziás a munkamemória korlátozottságával is küzd. A témában számos összefoglaló, azaz több afázia típust

egyszerre vizsgáló, és számos, egy bizonyos afázia típusra vonatkozó kutatás készült (a munkamemória és az afázia összefüggéseiről átfogóan ld.: Allen 2012; Friedmann – Gvion 2003; Mayer – Murray 2012; Ullman 2008; Van der Linden – Poncelet 1998; Wright – Fergadiotis 2012).

Az emlékezeti folyamatok mind az agy struktúrája, mind az alapvető kognitív működések szempontjából szoros kapcsolatban állnak a nyelvi folyamatokkal. A klasszikus memóriaelméletekkel szemben a modern emlékezet-teóriák a figyelmi folyamatokkal is foglalkoznak, valamint megkülönböztetik egymástól az emlékezetből való előhívás, a felismerés és a felidézés mechanizmusait. Az afázias állapotot az emlékezeti folyamatok szempontjából leginkább a munkamemória korlátozottsága határozza meg, ezért célszerű néhány szót ejteni a munkamemória leginkább elfogadott kurrens modelljéről (Baddeley 2003; Racsomány 2004). Baddeley az egységes rövid távú memóriát feltételező elméletek helyett a rövid távú emlékezetet többkomponensű dinamikus rendszerként írja le. Ebben a rendszerben az ún. központi végrehajtó irányítja a tér- vizuális vázlattömb, valamint a fonológiai hurok működését: ezek további alrendszerekből tevődnek össze, és együtt egy tartalmát tekintve állandóan változó rendszert alkotnak. Eszerint tehát a rövid távú memória folyamatai nemcsak a nyelvi tevékenységre, hanem a vizuális tárgyfelismerésre, a térbeli viszonyok felismerésére, valamint a mozgás és a nemnyelvi hangok és ingerek felismerésére is kiterjednek (Snyder 2001:47). Mindennek közvetetten szerepe van a disszertációmban tárgyalt több kérdésben, úgymint a képszerúsíthetőségnek az afázias beszédre gyakorolt hatásában (ld. 4.3 fejezet, 83–85. oldal), a térdeixis működésében (7.2 fejezet), valamint a mozgásigék produkciójában (4.3 fejezet, 73–79. oldal), noha a munkamemória korlátozottságának ezen tényezőkre gyakorolt hatása csupán a korpusz alapján számszerűleg nem kimutatható.⁷ A munkamemória tehát a különböző memóriaegységekből az éppen szükséges nyelvi és nem nyelvi információkat tartalmazza, emellett hozzáadott információval is rendelkezik az aktuális nyelvi és szociális kontextusról is (Reinvang 1985: 72).

A modern munkamemória-kutatásban egyre nagyobb figyelmet kap az egyéni memóriakülönbségeknek a beszédprodukciós és -megértési folyamatokra gyakorolt hatására is (Baddeley 2003; Racsomány 2001 és 2004; Racsomány – Szendi 2001). Az afázias személyek beszédprodukciójának és -megértésének szempontjából is relevánsak azok a kutatások, amelyek egészséges és neurológiai háttérű sérüléssel rendelkező

⁷ A vonatkozó összefüggések kimutatásához szükség lenne a vizsgálati személyek munkamemóriáját vizsgáló teszteredményekre, amely tesztek azonban a fentebb említett okokból nem készültek.

gyermek anyanyelv-elsajátítási folyamatait vizsgálják. Ezen kutatások eredményei azt mutatják, hogy az eltérő nyelvi fejlettségi szintek a munkamemória egyéni kapacitáskülönbségeiből adódhatnak (Baddeley 2003: 116; Racsmány 2004: 200). Az egyéni különbségekre az afáziás nyelvi tevékenység folyamán két szempontból is ügyelni kell. Egyrészt figyelembe kell venni, hogy a betegek munkamemóriája a betegségüket megelőző állapotban is mutatott egyéni eltéréseket, másrészt az adott specifikus agysérülés további különbségeket eredményezhet emlékezeti képességeikben.

Az afáziás nyelvi tevékenység elemzése során a munkamemória működésének és működési korlátainak figyelembe vétele a köztük lévő kérgi kapcsolatok miatt is célszerű. A neurális aktivitást mérő modern eljárások eredményei azt mutatják, hogy a munkamemória működéséért a prefrontális kéreg bizonyos állományai felelősek. A prefrontális kéreg működésének vizsgálatára az elmúlt évtizedekben kezdett egyre nagyobb figyelmet fordítani a tudomány. Az eredmények azt mutatják, hogy ez az agyterület felelős az állandóan változó környezetben történő célirányos magatartás megvalósításáért, az absztrakt mentális tevékenységekért, az intelligenciáért, a szociálisan elfogadott viselkedésminták alkalmazásáért, a nemkívánatos válaszreakciók gátlásáért, a figyelmi folyamatok egy részéért, a tervezési és döntési feladatokért, a következtetési stratégiák működtetéséért, valamint a munkamemória működéséért (Damasio 1996 és Négyessy 2003). Az agy Br 44 és 45-ös régiója, amelyet hagyományosan Broca-területnek nevezünk, a munkamemóriához hasonlóan morfológiailag szintén a prefrontális kéreg része (Négyessy 2003: 442).

A beszédprodukciónak tervezési és kivitelezési folyamataiban – a munkamemória működésével és más kognitív folyamatokkal párhuzamosan – a hosszú távú memóriában tárolt információk előhívása zajlik. Ez két úton történhet: spontán és öntudatlanul (pl. arc- vagy tárgyfelismerés) vagy tudatosan (pl. visszaemlékezés egy adott eseményre) (Snyder 2001: 5). Általános megfigyelés, hogy az afáziások számára az automatikus mentális műveletek lényegesen könnyebbek, mint a tervezett, nagyobb fokú tudatosságot igénylő nyelvi és nem nyelvi tevékenységformák (a tudatos vs. automatikus folyamatok kérdésére disszertációmban több helyen is kitérek, egyrészt a perszeverációkat és parafáziákat vizsgáló 4.2 fejezetben, másrészt a kontextualizáció kérdéseit vizsgáló 6.2 alfejezetben). Emellett többnyire jól működik a konvencionalizált társalgási formák alkalmazása (vö. 5.3 *A sematizációs folyamatok afáziában* című fejezet), és a metanyelvi utalások és megnyilatkozások (vö. a 4.3. fejezetet) is többnyire épek maradnak. Mindez azt mutatja, hogy a betegség előtt a hosszú távú memóriában és a mentális lexikonban tárolt

információk nem vesztek el, csupán az előhívásuk vált korlátozottá. Az előhívás folyamatának szemantikai és/vagy fonológiai jellegéről, illetve aspektusairól az a jelenség árulhat el többet, hogy a károsodott emlékezeti (elsősorban munkamemória-) folyamatok következtében bizonyos afáziatípusokban mégis lehetséges a verbális tanulás a rehabilitáció során. Ez azt jelzi, hogy a szemantikai információk és a szemantikai kódolás „fontosabb” tényező, mint a fonológiai (vö. Baddeley 2003: 107). A szemantikai vs. fonológiai funkciók működéséhez érdemes az agyi korrelátumok kutatásának eredményeit megnézni: eszerint a jobb agyfélteke bizonyos területei – amelyek afáziában többnyire épen maradnak – képesek a szemantikai kategorizáció, valamint magasabb szintű szemantikai folyamatok feldolgozására (Kimura 1993: 164).

A munkamemóriának mindemellett az észlelési és megértési folyamatokban is szerepe van: az ismétléses, valamint a megértést vizsgáló feladatokban a nyelvi funkciók működése mellett a munkamemória kapacitásáról is képet kaphatunk (Mumenthaler et al. 2004: 352).

4.1.3 A percepció folyamatok

A percepció folyamatok komplex szerveződését mutatja, hogy képesek vagyunk észlelni és felismerni egy időben zajló, de egymástól különböző akusztikai és vizuális ingereket (pl. társalgás közben is szimultán észleljük magát a beszédet, a ház előtt elhaladó mentőautót, a minket körülvevő tárgyi környezetet vagy éppen beszélgetőpartnerünk ruházatának színét, esetleg észleljük, hogy reggel minden bizonnyal nem találta a fésűjét) (vö. Snyder 2001: 31). Damasio megállapítja, hogy „a következtetéseink anyagát alkotó képzetek (specifikus tárgyak, cselekvések és relációs sémák képzetei; szavak képzetei, melyek elősegítik az utóbbiak nyelvi formába áttételét) nemcsak „fókuszban kell legyenek” – ezt eléri a figyelem is –, hanem „aktívak kell legyenek az elmében is, amit a magasabbrendű munkaemlékezet biztosít.” (Damasio 1996: 91). Afáziás személyek kommunikációjában e folyamatok működésének kisebb-nagyobb mértékű beszűkülése, illetve koncentrációja figyelhető meg, ami azonban éppen a korlátozott nyelvi rendszer hatékonyabb működését szolgálja a társalgásban való részvétel és a releváns megnyilatkozások szempontjából irreleváns ingerek figyelmen kívül hagyásával. A tárolás, az észlelés és a felidézés folyamatainak időben is összehangoltan kell együttműködniük a sikeres megvalósításhoz vezető úton. Mivel több, egyenként is összetett folyamatról van szó, nem nehéz megjósolni, hogy hibás működés esetén a zavarok mintázatai rendkívül sokszínűek

lehetnek annak megfelelően, hogy melyik részfolyamat mely funkciójában következett be a sérülés.

Az afáziák besorolása során a beszédprodukciónak vizsgálata mellett a beszédészlelés és -megértés zavartságának mértéke az afázia típus meghatározásának egyik lényegi szempontja. Kertész meghatározása szerint „a megértés komplex folyamat, mely magában foglalja az input akusztikus és fonológiai tulajdonságainak elemzését, továbbá a szintaktikai és lexikai alkotóelemek felismerését” (Kertész 2003: 589). Ezen alkotóelemek bármelyikének sérülése rontja a megértés sikerességét. Alapvetően zavart beszédpercepció és -megértés jellemzi a Wernicke afáziát, a transzkortikális szenzoros afáziát, valamint az izolációs és globális afáziát. A zavarok változatosságát mutatják továbbá a részfunkciók (mint a felismerés, megnevezés vagy az ismétlés) sérülései is: egyes afázia típusokban nem ritka a tárgy kiválasztás, a tárgyfelismerés és a tárgymegnevezés zavarainak egymástól független sérülése. Anomikus afáziára jellemző például a tárgy kiválasztásban nyújtott megfelelő eredmény, szemben a tárgymegnevezés zavarával. Transzkortikális szenzoros afáziában ezzel szemben mind a tárgymegnevezés, mind a tárgy kiválasztás zavart, de a tárgyak felismerése többnyire ép marad (Szirmai 2010: 335). A transzkortikális szenzoros afázias személy emellett hibátlanul megismétli a hallott mondatokat, miközben jelentésüket nem érti (Bánréti 1999: 11; Szirmai 2005: 200). Ez utóbbit szemlélteti az (5) alatt található példa, amely egy transzkortikális szenzoros afázias személytől (L.) származik.

Bár a spontán beszédprodukciónak vizsgálata során a percepció kérdéseire nem térek ki részletesen, az jól látható, hogy a percepció folyamatok működése hatással van számos nyelvi (mint pl. a téri és időviszonyok feldolgozása és produkciója), valamint nem nyelvi (mint a szituációs kontextus, és az abból levonható következtetések) funkcióra, amelyek helyes működése a kommunikációban való sikeres részvétel feltétele.

4.2 A hozzáférés, a hozzáférhetőség és az előhívhatóság kérdései

A hozzáférési folyamatok szoros kapcsolatban állnak az emlékezeti működéssel, meghatározzák és befolyásolják a mentális lexikonból való előhívást, a fonológiai, morfológiai, szintaktikai és szemantikai jellemzők és funkciók adekvát működését, de hatással vannak a megértési utak aktivációjára is. A sikeres beszédprodukciónak egyik nélkülözhetetlen feltétele a hozzáférési út hibátlan működése, hiszen hiába működik jól a

mentális lexikon és annak keresőfunkciói, az emlékezeti rendszerek vagy az artikulációs műveletek, ha maga az út, ahogyan a kívánt információt megszerezhetnénk, sérült. Abban a legtöbb kutató egyetért, hogy nem magában a mentális lexikonban kell keresni a hibát, és nem a megnevezni kívánt entitás képi vagy verbális nyomának törlődésében, hanem a megnyilatkozás tartalmának megfelelő adekvát információ kiválasztásához, majd az információ továbbításához szükséges funkciók zavart vagy gátolt működésében.

4.2.1 A hozzáférés és hozzáférhetőség zavarai

A hozzáférés zavarára utal az az afáziás beszédben megfigyelhető, meglehetősen gyakori jelenség, hogy az afáziás személy egy adott beszédshituációban nem képes egy bizonyos szót vagy szófordulatot produkálni, miközben később, vagy egy másik beszédshituációban hibátlanul produkálja. Nem ritka az sem, hogy még ugyanabban a diskurzusban, de perszeverációszerűen, automatikusan, a beteg tudatos nyelvi produkciójától függetlenül ékelődik be a megnyilatkozásba. A jelenség azt mutatja, hogy az afáziás személyek produkciójában a hozzáférési út gátoltsága nem egy olyan állandóan fennálló tünet, mint például a memóriakorlátozottság, jóval inkább az egészséges beszélők spontán beszédében is megjelenő jelenséghez hasonlítható (mint például az ún. „nyelvem hegyén van” jelenség). Nem állítom, hogy az afáziás személyeknél a hozzáférési út mindössze átmeneti zavar lenne, az azonban valószínűnek tűnik, hogy a zavart bizonyos tényezők és körülmények jelentősen, de legalábbis az egészséges beszélőknél tapasztaltnál nagyobb mértékben fokozzák. A sematizáció kérdéseit taglaló következő fejezetben jól látható például az irányított feladatnak a produkciót részben vagy teljesen blokkoló hatása, amely még a legenyhébben sérült anomikus afáziás, valamint a gyógyult vizsgálati személyeket is érinti. Ezt a jelenséget szemlélteti a következő két példa is. A résztvevők a feladat során egy-egy cédulán egy-egy szólás vagy közmondás felét (elejét) kapják, a feladatuk az, hogy felolvassa a cédulán álló fél mondatot, befejezzék azt.

- (3) T2: Szólások, közmondások, és nincsenek befejezve.
C.: Igen, látom. *(olvassa a papírról)* Ma amit megehetsz, ne halaszd...
T2: Még egyszer.
C.: Amit ma megehetsz, ne hagyd...
T2: Halaszd
C.: Ne halaszd
T2: Hol...
C.: Holnapra?
T2: Ühüm, ühüm.

C.: Várjál. Amit ma megtehetsz, ja már emlékszem. Amit ma megtehetsz, ne halaszd holnapra. Jó. Köszönöm.

(4) T2: R.-nek egy nehezet. (*odanyújtja a cédulát*)

R.: Az ígéret szép szó, ha meg ha...

Zs.: Ha?

R.: Az ígéret szép szó, ha...

L.: megtartják, úgy jó.

R.: Igen.

T2.: Hú, L.!

R.: Igen, ez igen.

T2: Csak úgy lecsapott.

C.: Ez egy külön szám ez a L., ez egy ilyen külön szám. Néha nem szól semmit, néha így elviszi az egészet.

A példában szereplő egykori afáziás személy, C. orvosilag teljesen gyógyult és hétköznapi spontán beszédében nem érezhető egykori afáziájának nyoma. Az anomikus afáziás R. ugyan szaggatottan beszél, de az afáziás vizsgálati személyek közül ő a legjobb állapotú páciens, akinek spontán megnyilatkozásaira egyáltalán nem jellemző az ehhez hasonló tanult és begyakorlott nyelvi egységek produkciójának zavara. Egyértelműnek tűnik, hogy a hozzáférési út átmeneti zavara a spontánból irányítottá váló diskurzusszituáció váltotta ki mindkét személyből.

A hozzáférés feltételeinek vizsgálata során az elérési utakat támogató más kognitív műveleteket is célszerű megemlíteni. A tárgymegnevezés, de az események felidézése vagy személyek felismerése során is komplex vizuális, akusztikus és más érzékelési folyamatok játszanak szerepet, amely a hagyományosan elismert nyelvi agyterületeken kívül más hálózatokat is működésben tartanak (Szirmai 2010: 335). Egy tárgy vagy személy identifikációja többek között azért lehet problémás az afáziás személyek számára, mert e folyamat során nem elég egyszerűen felismerni a szóban forgó entitást, de össze kell azt kapcsolni annak nevével, és többnyire a hozzá tartozó asszociációkkal is, amelyekből a sikeres kommunikációhoz ki kell válogatni a beszédesemény szempontjából relevánsakat (vö. Snyder 2001: 11).

Szintén befolyásolja a hozzáférés folyamatát a figyelmi folyamatok működésének minősége. Damasio megállapítása szerint az agy az információkat térben szeparált és nem integrált módon tárolja, ennek következtében a visszakereséshez és a produkciós döntésekhez figyelemre és a munkamemória megfelelő működésére van szükségünk (Damasio 1996: 92). A kognitív folyamatok megfelelő működéséhez azonban nem egyforma mértékben van szükség figyelemre: vannak automatikusan végbemenő, tehát figyelmet nem igénylő folyamatok és részfolyamatok, valamint olyanok, amelyek kisebb-

nagyobb mértékben veszik igénybe ezeket az erőforrásokat (Eviatar 1998: 275). A nyelv működéséhez szükséges feltételek és tényezők egy része szintén automatikus működések során zajlik, míg másokhoz nagyobb figyelemre van szükség. Értelemszerűen minél bonyolultabb, minél több összetevőből áll egy részfolyamat, vagy éppen egy konkrét nyelvi megnyilatkozás, annál nagyobb figyelmi erőfeszítést igényel. Bár a kognitív neuropszichológia és a kognitív nyelvészet *figyelemirányítás* fogalma nem azonos, összefüggés mégis van közöttük. A figyelemnek a nyelvi folyamatokkal való összefüggését csak az elmúlt évtizedekben kezdték kutatni, annak ellenére, hogy a figyelem és a figyelemirányítás az emlékezeti működéshez hasonlóan alapvető kognitív folyamatok (a figyelem és a nyelv összefüggéseiről ld. bővebben Eviatar 1998; Givón 2005; Talmy 2007). Az elmúlt évtizedek pszichológiai memóriakutatásai vizsgálják a figyelmi folyamatoknak a memóriaműködésre gyakorolt hatását is. Mivel az afázia típusától függetlenül minden afáziás személy küzd eltérő mértékű figyelmi zavarral, ezért esetükben a nyelvi tevékenység folyamatában tekintettel kell lenni a gátolt figyelmi folyamatok következtében létrejövő hibás nyelvi produktumokra. Az afázia súlyosságának mértéke többnyire egyenesen arányos a figyelmi folyamatok zavarának mértékével: minél súlyosabb egy afáziás állapot, annál súlyosabb figyelmi nehézségekkel jár együtt. A páciensekre ennek megfelelően kisebb-nagyobb mértékben jellemző, hogy egyszerre csupán egyetlen cselekményre, történésre, feladatra vagy entitásra képesek koncentrálni, a másik cselekményre, történésre, feladatra vagy entitásra való átváltás csak nehezen, nagy erőfeszítéssel vagy egyáltalán nem sikerül. Ezen jelenség nyilvánvalóan összefügg az afáziát kísérő járulékos tünetek egy részével, valamint a legkisebb erőfeszítéssel létrehozható megnyilatkozásokra való törekvéssel is. A téri tájékozódásnak, a vizuális ingerek befogadásának vagy a kinetikus mozgások kivitelezésének zavara, illetve ezen tényezők összehangoltságának hiánya nagyban meghatározza a figyelmi folyamatok működését. Funkcionális nyelvészeti keretben a figyelemirányítás a kommunikáció és a diskurzusban való sikeres részvétel alapfeltétele, és terjedelme az emlékezeti folyamatokkal összefüggésben korlátozott (Tolcsvai Nagy 2011: 32). Az afáziás nyelvi tevékenység során a figyelmi folyamatok korlátozott működése nyelvileg a perszeverációk parafáziák megjelenésében érhető tetten, valamint a gyakran „beragadt” nyelvi egységek háttérében is állhat – a munkamemória folyamatainak korlátozottsága mellett a – a figyelmi képességek zavara.

4.2.2 Az előhívhatóság zavarai: perszeveráció és parafáziák

A hozzáférési és előhívási/aktiválási folyamatok működésének egyik látványos megnyilvánulási formája a kontextus hatásával – azon belül a ko-textussal, vagyis a közvetlen nyelvi környezettel – szoros összefüggést mutató perszeverációk és parafáziák jelensége, amelyre *A kontextualizáció alapkérdései afáziában* című fejezetben röviden szintén kitérek. Noha a neurolingvisztikai, a neuropszichológiai és az orvosi diagnosztika szerint a parafázia az afáziás állapot egyik vezető tünete, a szakirodalomban mégis viszonylag kevés figyelmet szentelnek a témának; a parafázia mint jelenség többnyire eleve adott fogalomként jelenik meg a tanulmányokban, ezért definíciójára is csak kevés tanulmány vállalkozik. Kevés, a parafáziákat átfogóan bemutató szakirodalom született (pl. Anward 2003; Buckingham – Rekart 1979; Butterworth 1979; Canter et al. 1985). Magyar nyelven Szépe Judit részletes tanulmányai mutatják be és magyarázzák a fonetikai parafáziák jelenségét afáziás és más sérült személyek beszédének elemzésén keresztül (a vonatkozó számos publikációt ld. a bibliográfiában [1] alatt). A parafáziához részben kapcsolódó neologizmusokkal disszertációmban nem foglalkozom.

A perszeverációt a kutatók egy része a parafáziák egyik típusaként tartja számon, míg másik részük önálló kategóriaként tekint a jelenségre. A nemzetközi szakirodalom főképp Alzheimer- és Parkinson-kóros, szkizofrén, valamint demens betegek beszédében vizsgálja, és kevés tanulmány foglalkozik kifejezetten az afáziás beszédben megjelenő perszeverációval, ezek közül több még az 1980-as években született (Brown – Chobor 1989; Goldmann et al. 2001; Gotts et al. 2002; Helm-Estabrooks et al. 1987 és 1998; Hsiao et al. 2009; Muñoz 2011; Santo Pietro – Rigrodsky 1986; Stark 2007 és 2012; Vilkki 1989; Yamarori 1981).

Az afáziás személyek perszeverációit és parafáziáit vizsgálva nem célszerű elmenni amellett a tény mellett, hogy ezen jelenségek az egészséges beszédben is jelen vannak. Ezek csoportosítását és gazdag példatárát tartalmazza az ún. Nyelvbtlás-korpusz (Gósy et al. 2004; 2005; 2006 és 2007). Érdeemes megfigyelni, hogy a korpuszban felállított nyelvbtlás-kategóriák az afáziás személyeknél is megjelenhetnek. Egészséges és afáziás beszélők perszeverációit és parafáziáit vizsgálva úgy tűnik tehát, hogy a tévesztési folyamatok hasonló mintázatokat mutatnak az ép és a klinikai populáció megnyilatkozásaiban is, eltérés minden bizonnyal a gyakorisági mutatókban található csak, ám ennek megerősítéséhez további vizsgálatokra volna szükség. A jelenség maga

mindenesetre arra enged következtetni, hogy „a rendszerösszefüggésekből adódó folyamatok a beszédprodukciónál általános érvényű stratégiái” (Szépe 2001: 337).

a) Perszeveráció

Perszeverációnak nevezzük azt a jelenséget/folyamatot, amikor egy információs (nyelvi vagy nem nyelvi) egység tudattalanul képződik a megnyilatkozásban úgy, hogy azt a személy korábban már produkálta, hallotta vagy látta (vö. Stark 2007: 932).⁸ Számos neurolingvisztikai kutatásból kimarad a perszeveráció elemzése, ami oda vezethet, hogy egy-egy tesztfeladat eredményeiben szintaktikailag vagy szemantikailag rossz válasznak értékelik a páciens valójában perszeverált megnyilatkozását. Holott a perszeveráció jelensége hozzájárulhat a mentális működésnek, azon belül pedig a munkamemória kapacitásának, az előhívó és a hozzáférési folyamatoknak a vizsgálatához.

Disszertációmban a perszeveráció jelenségét a ko-textus által meghatározott előhívási zavarnak tekintem. A perszeverációt a témával foglalkozó legtöbb tanulmány csak közvetetten vagy egyáltalán nem hozza összefüggésbe a ko-textussal, noha egyértelműen a szöveggörnyezetben korábban megjelent elem perszeverálódik a vizsgálati személy beszédében. Bár a perszeveráció oka minden bizonnyal az előhívási és/vagy a kivitelező folyamatok zavara, célszerű figyelmet fordítani arra is, hogy a perszeverált elemeknek van-e jellegzetes mintázata. Stark meghatározása szerint „a perszeveráció az a jelenség, amikor egy információs egység vagy nyelvi forma vagy cselekvési egység ’beszorul’ vagy véletlenül képződik a megnyilatkozásban úgy, hogy azt a személy korábban produkálta vagy hallotta, azaz auditorosan vagy vizuálisan már feldolgozta” (Stark 2007: 932). A perszeverációnak ezen definíciója nem feleltethető meg teljesen a magyar szakirodalomban megjelenő fonetikai alapú meghatározásnak, amely szerint „perszeverációról beszélünk, ha a közlés egy korábbi eleme tartósan megmarad, és hat az időben később következő elem artikulációs tervezésére” (Gósy – Markó 2006: 199). Ebben a definícióban ugyanis az artikulációs tervezés zavarán, nem pedig a memória vagy a rendelkezésre (nem) álló más mentális erőforrások sérülésén van a hangsúly. Helm-Estabrooks és munkatársainak tanulmányai részletesen mutatják be a perszeveráció formáit

⁸ A perszeveráció jelenségére látszólag hasonló echolalia kérdésre disszertációmban nem térek ki. Az echolalia a hallott szavak kényszeres, visszhangszerű ismétlését jelenti. A jelenség neurológiai hátterű megbetegedések vagy szindrómák következtében lép fel (pl. autizmus-spektrum zavar, Tourette-szindróma, skizofrénia és a neurodegeneratív betegségek egy része). A jelenséget a kényszeres cselekvések vokális formái közé sorolják (ún. vokális tic).

az afáziás személyek megnyilatkozásaiban (Helm-Estabrooks et al. 1998). Megállapításuk szerint a perszeveráció megjelenésének gyakorisága nem függ sem a fluenciától, sem az agysérülés óta eltelt időtől, de függ az afázia súlyosságától (Helm-Estabrooks et al. 1998: 689). A megállapítás azért is jelentős, mert a sérült nyelvi rendszerben megjelenő perszeverációt kiváltó okok magyarázatát tekintve nem egységes a szakirodalom. Stark szerint a jelenség a bemeneti ingertől független akaratlan feldolgozási folyamatokat mutatja (Stark 2007: 932). Ez a megállapítás szintén megerősíti azt az általam is elfogadott nézetet, mely szerint a perszeveráció elsősorban az afázia súlyosságának – ezzel együtt pedig a mentális lexikonhoz való hozzáférés és az abból való előhívás fokozott zavarának –, nem pedig a fluenciának vagy egyéb tényezőnek a következménye. Eszerint a perszeveráció memóriából még „ki nem esett” információk bizonyos aktívan maradt részeinek előhívódása (Stark 2007: 934).

Ha a hétköznapi kommunikáció során egészséges beszélők által létrehozott perszeverációkat egyszerű konyhapszichológiai megállapítással próbáljuk magyarázni, akkor valószínűnek tűnik, hogy a figyelem lankadásának vagy hiányának, esetleg annak a jelenségnek lehet a következménye, amikor a beszélő gondolatai előrébb járnak az általa kimondott szavaknál, és bizonyos, mentálisan ezért üresen maradó helyek a kivitelezés során egy korábban felmerült és ezért könnyebben elérhető formával helyettesítődnek.

Stark megállapítja, hogy célszerű kijelölni a perszeveráció működésének hatókörét abban a tekintetben, hogy mennyi idő telhet el, és milyen hosszúságú megnyilatkozás ékelődhet a célszó és a perszeverált szó közé úgy, hogy az még perszeverációként felismerhető legyen (Stark 2007: 935). Disszertációmban vitatom – noha az ellenkezőjét bizonyítani a nyilvánvaló korlátok miatt nem tudom –, hogy a perszeveráció jelenségét magát befolyásolja-e a célszó és a perszeverált szó közé ékelődött megnyilatkozás hosszúsága vagy az eltelt idő. Véleményem szerint jóval inkább a perszeverációként megjelenő szó előhívásának folyamatára célszerű helyezni a hangsúlyt, vagyis annak tudatos, illetve tudattalan voltára. Kutatásában Stark is felhívja a figyelmet a perszeveráció létrejöttének rejtett folyamatából fakadó nehézségekre: előfordulhat, hogy amit a beteg beszédébe szintaktikailag vagy tartalmilag nem illő elemnek gondolunk, az valójában egy perszeverált nyelvi elem. Mivel az afáziás személy vizsgálatakor csak az adott diskurzus kontextusa áll rendelkezésünkre, így az eredmények félrevezetőek lehetnek: az afáziás személy beszédébe nem ritkán a vizsgálat előtt elhangzott megnyilatkozás-részletből perszeverálódik egy-egy elem (Stark 2012). Az ilyen jellegű perszeverációk feltérképezése természetesen szinte teljesen lehetetlen, ezért a kutatás eredményeiben fokozottan ügyelni

kell az adott kontextusba nem illeszkedő elemek agrammatikusnak vagy paragrammatikusnak minősítésére, különösen azokban az esetekben, ahol a beékelődött elem nem áll közvetlen szemantikai vagy fonológiai hasonlósági kapcsolatban az adott megnyilatkozás elemeivel.

Disszertációmban a szakirodalom meghatározásaitól eltérően kétféle perszeverációtípust különböztetek meg. Belső perszeverációnak vagy ismétlésnek nevezem a beteg saját megnyilatkozásában rövid időn (legfeljebb három fordulón) belül – többnyire tudattalanul – ismétlődő szavakat, frázisokat vagy teljes mondatokat. Nem tekintem ismétlésnek a vizsgált személy beszédében rendszeresen és a beteg beszédére jellemzően megjelenő frázisokat. Külső perszeverációnak nevezem a társalgás során más beszélő személyektől átvett megnyilatkozásokat vagy -részleteket, amelyeket – ahol ez megállapítható – tudatos vagy tudattalan kategóriákba sorolom. Tudatos vagy tudatosnak induló külső perszeverációnak tartom a kompenzációs, gazdaságos kifejezési szándékkal létrejött megnyilatkozásokat. A perszeverációk ezen típusa a vizsgált korpuszban különösen Zs. beszédére jellemző, ahogyan az (5) példa mutatja.

- (5) T2: Ezt valaki tudja, hogy mit jelent? Köd előttem, köd utánam?
Zs.: Köd utánam, hogy utánam. Utánam valamilyen... (*sóhajt, gondolkodik*)
L.: Köd van utánam és köd van utánam. Az után is.
T2.: Meg utána utána is. (...)
K.: Hát mi van előtte és mi van utána.
Zs.: Hogy utánam.
L.: Mi van?
Zs.: Köd utánam?
L: Köd u köd előttem, és köd utánam.
Zs.: Köd utánam, hogy öö utánam. Hogy izé van utánam öö. Utánam is köd, öööö (*sóhajt, csettint a nyelvével, gondolkodik, sóhajt*)
utánam is.

A diskurzusrészlet jól mutatja, hogy Zs. azért ismétli a terapeuta által feltett kérdés egy részletét, hogy időt nyerjen, amíg eszébe jut a megfelelő válasz. A szakirodalom klasszikus értelmezése szerint ez a jelenség nem tekinthető perszeverációnak, csupán egyszerű ismétlésnek. Azért sorolom mégis ebbe a kategóriába, mert az afáziás személy nem csupán egy alkalommal, hanem többször, más megnyilatkozások közbeékelődése után is újra visszatér a kiinduló megnyilatkozáshoz, amely minden bizonnyal a jó válaszra való fokozott koncentráció miatt egyre inkább „beszorul” Zs. munkamemóriájába. A jelenség leginkább a sárba ragadó és abba egyre inkább belesüppedő, minden gázadásra egyre jobban kipörgő autókerékhez hasonlít. Vagyis egy eredetileg tudatosnak és a megoldást elősegítőnek szánt cselekvés (a gázadás, illetve a hallott frázis ismétlése) válik egyre

inkább a megoldást hátráltató, egyúttal egyre kevésbé kontrollálható cselekvéssé. Ebből a szempontból pedig a jelenség, mivel Zs. egyre inkább elveszíti a kontrollt saját megnyilatkozása fölött, értelmezésem szerint mégis a perszeveráció egyik formájának tekinthető.

A külső perszeveráció körébe sorolom a beteg megnyilatkozásába szervesen nem illeszkedő, abba „véletlenül”, azaz tudattalanul beékelődött korábbi szókapcsolatokat, valamint a kérdésként, válasz kezdeteként, illetőleg bármilyen egyéb formában megjelenő, más beszélőnél korábban előfordult megnyilatkozásokat.

A perszeverációk nagy száma a vizsgált afáziás személyek közül a nonfluens Zs. és a fluens Wernicke-afáziás V. beszédére, valamint a globális afáziás M. beszédére jellemző leginkább, bár mindhárom páciens beszédére más perszeverációtípus jellemző. Zs. beszédében a tartalmas megnyilatkozást tartalmazó fordulóinak éppen a negyedében (25%) található perszeveráció. Tartalmas megnyilatkozásnak az önálló jelentéstartalommal bíró, valamint a nem csupán automatizmusokból álló megnyilatkozásokat tekintettem. Így nem vettem számításba az egyszerű igenlő (*igen, aha, ja, jó*) vagy tagadó (*nem, ne*) kifejezéseket, sem a csak szókereső szóból álló (*hát ő, őő, óó*), sem pedig az egyszavas, a beteg beszédében automatizmusnak számító megnyilatkozásokat sem (*és?, tényleg?, jó, hát; na? mi?*). V. beszédében ez az arány igen nehezen mérhető, mivel a fordulók száma is nehezen meghatározható a gyakori újraindítások és a számos neologizmus miatt. M. megnyilatkozásai pedig – mivel a páciens főként a *nem tudom* frázist ismétli különféle, de szintén ismétlődő fonológiai torzításokkal –, leginkább folyamatos belső perszeverációként értelmezhetők. Zs. beszédére jóval inkább a külső perszeveráció, vagyis az ismétlés jellemző, míg V. beszédében többnyire az általa korábban már kimondott frázisok kerülnek újra elő egy-egy későbbi megnyilatkozásban.

Zs. közléseire jellemző, hogy azokat többnyire a mások által feltett kérdés, vagy az egy fordulóval korábban elhangzott megnyilatkozás szó szerinti ismétlésével kezdi, de a folytatás rendszerint elmarad. Ahogyan azt fentebb bemutattam, a jelenség szigorúan véve nem tekinthető egyértelműen perszeverációnak, mivel a megnyilatkozás – illetve annak kezdete – nem egy tudattalan folyamat része, hanem az afáziás személy így igyekszik tudatosan javítani beszédprodukción. Mivel azonban a szakirodalom sem egységes a perszeveráció fogalmának meghatározásában, ezért e jelenséget ismétléses perszeverációnak tekintem. Zs. a diskurzusban részt vevők megnyilatkozásainak részleteit gyakran használja fel úgy, hogy ahhoz minél kevesebbet hozzátéve legyen képes önálló kérdést megfogalmazni. Ily módon a hallottakat gyakran mindössze ismételnie kell:

- (6) K: ez két hónapig ment, hogy tudtam olvasni, de nem tudtam értelmezni, hogy mit olvasok.
 Zs.: Két hónapig, és?
 K.: Két hónapig olvastam büszkén, de fogalmam nem volt, hogy mit.
 Zs.: Az jó, jó, és aztán?
- (7) C. (*M-től kérdezi*): A lábadat is tudod mozgatni?
 Zs.: A lábadat is tudod?
 M.: Igen. tudom
 Zs.: Ilyen jól mozgatni?
 M.: Ké tő, nem nem nem. Vótam szem tuttam éss
 Zs.: És?

V. beszédére Zs.-vel szemben a belső perszeveráció jellemző inkább. V. munkamemóriája lassan „frissül”, az előhívás nehézkes, gyakran „beragad” egy-egy szó. A perszeverációk megjelenése nála azonban egyértelműen összefüggésben áll a figyelmi állapot mértékével: minél inkább a feladatra (verbális vagy cselekvéses) koncentrál a páciens, annál valószínűbb beszédében a perszeverációk jelenléte. Esetében a jelenség különösen látványos a terapeuták által irányított feladatok megoldása során. A terápiás foglalkozásokon kedvelt feladat az úgynevezett. ország-város játék. A játékot kétféle formában játsszák. Az egyik feladatban a páciensek cédulákra írt ország- és városneveket húznak, amelyeket azután a táblán megadott három kategória (ország, főváros, város) valamelyikébe kell sorolniuk, emellett a térképen is megmutathatják az adott földrajzi egység elhelyezkedését. Ebben a feladatban a vizuális inger segíti az afáziásokat. A másik feladattípusban pedig a pácienseknek maguktól kell városneveket mondani. A feladat megoldása V.-nél minden esetben a perszeveráció megjelenésével jár együtt. Ennek egyik példája alább olvasható. V. magától nem tud városnevet produkálni, ezért társai javasolják neki a korábban a táblára írt Szeged szót. Ezt megelőzően másik két afázias társa Eger és Pécs városát mondta.

- (8) V.: Jaa, várjál. Az is jó, az országnak a (*mutatja a kezével a Tisza vonalát*) legvégén mennek. (...) I-Ide ezt ő értem, nem tudom a szót kimondanom.
 Logopédus: Ott is finom a halászlé.
 T2: Vannak szabadtéri játékok nyáron.
 R.: Tisza mentén van.
 V.: Pécs. Pécs?
 R.: Nem.
 V.: Nem jó.
 Logopédus: A másik oldalon van. Szép domb van ott. Úgy kezdődik, hogy sz sz sz
 V.: Ssssszzz.
 Logopédus: Sz sz Sze

V.: Pécs? Az nem jó. De az más, az nem erre. Az más. Pécs!
 Nem jó.
 Logopédus: Sz sz sz.
 V.: Szö szö. Szö. (...) Várja csak. Mutatta muta mond nekem ezt
 ki az újságba megmutat nem nekem. E e.. Pécs! Pécs?
 T2: Sz betűvel kezdődik annak a helynek a neve.
 V.: Pö.
 T2: Nem pö, esssszz.
V. egyik afáziástársa leírja egy papírra a szót és odatulja V. elé.
 V.: Jaa, ez másik. Ez ő Szeged! Jó, oké, értem. Szeged, Szeged.
 Szeged, igen köszönöm.
*A logopédus ekkor megkéri, hogy mondja tovább a szót a
 mellette ülőnek, akinek ezt meg kell ismételni, és hozzátenni egy
 újat.*
 V.: Pécs!
 T2: Nem, Szeged volt.
 V.: Szeged.

A diskurzusrészletből jól látható, hogy V. tisztában van Szeged városának elhelyezkedésével, és a hozzá kapcsolódó tudáskeret is rendelkezésre áll számára, magát a szót azonban mégsem tudja produkálni, helyette a korábban elhangzott *Pécs* kerül perszeverációként a beszédébe. Miután sikerült kimondani a célszót, még egyszer visszatér a perszeverált elem. A feladat megoldása és V. produkciója a játékban résztvevő más afáziások produkciójára is hatással volt. V. megnyilatkozása után egy – disszertációmban nem vizsgált – afáziás személy produkciója következett, majd Zs.-n volt a sor, hogy megismételje afáziástársa produkcióját, vagyis V. és Zs. produkciója közé még egy feladatmegoldás ékelődött. Zs. feladata a *Budapest* szó megismétlése lett volna, amelyet az alábbi módon próbált megoldani:

(9) *L. szótagolja, hogy Bu-da-pest.*
 T2: Budapest, mindenki érti.
 Zs.: Heee. Ne he.
 R.: Mi volt?
 Zs.: He. Nöööö. (*hosszú csönd*)
 R.: Mondd ő meg az utolsó szót. Város.
 Zs.: Pécs. Nem Pécs, nem Pécs.
 R.: Itt vagyunk.
 Zs.: Nem Pécs, hanem...
 R.: Itt ő vagyunk itt a városba. Hol élünk?
 Zs.: Sze... ööö
 R.: Szegeden?
 Zs.: Neeem. Hol élünk? Öööö...
 R.: Hol élünk?
 Zs.: Budapest. De Budapesten már itt volt az a fiú.
 C.: Csak meg kellett ismételned.

Zs. produkciója, amelyben mind a V. által perszeverált *Pécs*, mind a V. beszédéből Zs. által perszeverált *Szeged* városnév megjelenik, jól mutatja a kontextus és a közvetlen

szövegkörnyezet fokozott hatását. A perszeverált elemek leggyakrabban a közeli kontextusból jelennek meg.

Különösen érdekes még V. egyik megnyilatkozásában megjelenő külső perszeveráció. A diskurzus kontextusa: az afáziás személyek éppen Activityt játszanak, V.-nek egy tulajdonságot kell elmutogatnia, miközben ketten éppen készülődnek a hazainduláshoz, a jelenlévők – V. kivételével, aki a megoldandó feladatra koncentrálnak – pedig köszönnek a távozóknak.

- (10) Logopédus: Mutasd utána el. Ki kell találnunk, hogy milyen vagy.
(...) játszd el, most milyen vagy.
R. (*V.-től kérdezi a megoldást*): Álmos vagy?
Logopédus V.-nek: Mutasd, mutasd!
(*M.-ék elindulnak, többen köszönnek nekik: Szervusztok!*)
Logopédus: Még egyszer, V.! Milyen vagy most?
V.: Szervusztok. Hogy? Ja! kérdésemre a válasz?
Logopédus: (...) Mutasd, hogy milyen vagy.
V.: Értem, csak valamit... Nagyon ő...

A diskurzus írott változatát olvasva akár úgy is tűnhet, hogy V. is a távozóknak köszön, ám a videofelvételen jól látható, hogy a feladatmegoldásba teljesen belefeledkezett V.-nek egyáltalán nem tűnik fel társai távozása. V. nem képes egyik feladatról a másikra váltani, jelen helyzetben teljesen figyelmen kívül hagyja távozó társait. A logopédus kérdésére adott válaszában (*Szervusztok.*) intonációja pedig egyértelművé teszi, hogy V. úgy véli, hogy a logopédus „milyen vagy most?” kérdésére adott választ. Ez a diskurzusrészlet is a perszeverációnak a figyelmi mechanizmusokkal való összefüggését látszik igazolni, hiszen V. olyannyira figyelt az utasítás megértésére és a feladat végrehajtására, hogy a körülötte zajló eseményeket látszólag teljesen kizárta, ami azonban a nem tudatos folyamatok működését nem akadályozta, így fordulhatott elő a fenti perszeveráció.

b) Parafáziák

Az afáziás nyelvi zavar egyik vezető tünete a parafáziák jelenléte a páciens beszédében. A parafáziás jelenségek okának többnyire az adott közlésben releváns fonológiai/morfológiai/szemantikai információhoz való hozzáférés zavarát tartja a tudomány (Szépe 2001: 334). A gátolt hozzáférési folyamatok miatt a produkció során a nem elérhető elem helyett egy másik elem kerül a beteg beszédébe. A perszeverációtól alapvetően abban különbözik, hogy a parafázia nem egy korábban már megjelent nyelvi

elem újbóli megjelenése, hanem egy – fonológiai, vizuális vagy szemantikai – hasonlóságon alapuló elemcsere. O. Sági az afáziát meghatározó négy fő nyelvi tünetet sorol fel, amely alapján egy afáziás személy afáziatípusa meghatározható, úgymint a beszéd folyékonysága, a beszédmegértés zavara, a szókeresési stratégiák, valamint a parafáziák (O. Sági 1995: 6–8). A parafázia konkrét megjelenési formája a közvetlen szövegkörnyezet függvénye, megjelenése az afáziás tünetegyüttessel járó neurális zavarok következménye. Szépe definíciója szerint „a parafázia az afáziás beszédnek az a jellegzetessége, hogy a közlemény egyik összetevője helyén egy másik, ugyanolyan nyelvi szintű összetevő jelenik meg” (Szépe 2001: 333). A parafáziák kiváltó oka lehet szemantikai (pl. *fekete-fehér*), vizuális/formai (pl. *bér-dér*) vagy akusztikai, fonémikus (pl. *kép-gép*) jellegű. A vizuális és az akusztikus parafáziák erősen kapcsolódhatnak a közvetlen nyelvi környezethez mind az írott, mind a beszélt nyelvben. A parafáziák közül a szakirodalom a fonémikus parafáziák kérdésére fordítja a legnagyobb figyelmet. A fonémikus parafáziákról ld. bővebben (Ahlsén 2006: 56–60; Béland – Caplan – Nespoulous 1990; Buckingham 1986; Canter et al. 1985; Stemmer – Whitaker 2008: 130–134; magyar nyelven ld. [1]).

Feltételezve, hogy a nyelv egyes szintjei analóg módon szerveződnek az elmében, úgy a fonológiai parafáziák jellegzetes működési mintázatai szükségképpen hasonló elvek mentén szerveződnek, mint a lexikai vagy szemantikus parafáziák. Szépe vizsgálatai azt mutatják, hogy az afáziás beszédben a fonémarendszer legnagyobb sűrűségű tartományának tagjai fordulnak elő leggyakrabban fonémikus parafáziákban. Ezek azok a fonémák, amelyek egyúttal a legkisebb artikulációs energiaráfordítással produkálhatók, ennek következtében pedig a fonémarendszerbeli gyakoriságuk igen nagy (Szépe 2001: 335). A szemantikus parafáziák ennek analógiájára főképpen a begyakorlott, nagy gyakoriságú és az anyanyelv-elsajátítás során viszonylag korai időszakban elsajátított elemekből kerülnek ki. A szemantikai parafáziák vizsgálatának nehézsége, hogy a kutató számára csak a kimeneti oldal elemzése lehetséges, így a spontán beszédet vizsgálva meglehetősen nehéz eldönteni, hogy mikor van szó szemantikai parafáziáról. Ennek az afáziás beszédben történő vizsgálatát célszerűbb tesztfeladatok segítségével (pl. mondatisméltés) vizsgálni, hiszen így állapítható meg egyértelműen egy-egy fogalomról vagy frázisról, hogy parafáziával állunk-e szemben. Mivel az általam vizsgált spontán beszéd korpusz erre nem alkalmas, ezért a szemantikus parafáziák kérdését ennél részletesebben nem vizsgálom. A téma szorosan összefügg a szemantikai előfeszítési hatás

vizsgálatával, többnyire ennek keretén belül vizsgálják a szemantikai parafázia kérdését is (Buckingham – Rekart 1979; Friederici et al. 1993; Ingram 2007; Whitney 2011).

4.3 A feltűnőség, begyakorlottság és a gyakoriság összefüggései

4.3.1 A feltűnőség és a gyakoriság

A begyakorlottság, a feltűnőség, az elsáncoltság és a gyakoriság egymással erős kölcsönhatásban álló, egymástól elválaszthatatlan fogalmak. Azok a kognitív egységek, amelyeket sokat használunk, tehát jól begyakorlottak, elsáncolódnak (Schmid 2007: 118). Ebből szükségszerűen következik, hogy e fogalmak alapvetően meghatározzák a kategorizáció és a sematizáció lentebb tárgyalt kérdéseit. A kategóriákhoz hasonlóan az elsáncoltság mértéke sem határozható meg rigid határok mentén, emellett egy-egy nyelvi entitás elsáncoltsága is – használatának gyakorisága alapján – állandóan változó tényező lehet (vö. Langacker 1987: 59). Ezen folyamatoknak az afáziás nyelvi produkció és észlelés, valamint megértés során fokozott szerepe van nemcsak a hétköznapi kommunikáció sikeressége, hanem az afáziaterápia sikeressége miatt is. Bár a logopédiai gyakorlatban az afáziaterápiák során gyakran kihasználják a szógyakoriság és a begyakorlottság előnyeit (magyar nyelven ld. pl. Engl 1990; Hegyi 1995 valamint Cseh 1995 terápiás gyakorlatait), a tudományos kutatásban kevés, kifejezetten a témára vonatkozó tanulmány született (Danly et al. 1983; DeDe 2012; Ullman 2005; Voyer 2003), többnyire inkább csak utalásszerűen vagy közvetetten találkozunk a gyakoriságnak az afáziás beszédprodukcióra és -megértésre vonatkozó hatásával.

A kognitív nyelvészeti kutatásokban a gyakorisági hatások vizsgálata fontos tényezője a jelentésképzési folyamatok leírásának (Bybee – Hopper 2001; Croft – Cruse 2004; Fenk-Oczlon 1990, 1991 és 2001; Krug 2001; Schmid 2007; Ziem 2008). A magas gyakoriság egyúttal alacsony kognitív költséget is jelent, vagyis az ilyen mintázatok kisebb erőfeszítést igényelnek, mint az alacsony gyakoriságú mintázatok (Fenk-Oczlon 2001: 364). A mélyen a memóriába épült, tehát elsáncolt elemek aktivációja ennek megfelelően egy magasan automatizált rutin következménye (Schmid 2007: 118). Az elsáncoltság fogalmával szorosan összefügg a szalienencia, azaz a feltűnőség, amely befolyásolja a fogalmak aktivációját. Szaliens elemnek tekintjük ebben az összefüggésben azt a fogalmat, amely a munkamemóriába kerülve aktívvá válik, vagyis a figyelem középpontjába kerül

(Schmid 2007: 119).⁹ Ezekre a már aktivált fogalmakra az elsáncolt fogalmakhoz hasonlóan jellemző, hogy produkciójuk alig vagy egyáltalán nem igényel kognitív erőfeszítést. Ennek értelmében tehát jelentőségük az afáziás személyek számára alapvető: mivel munkamemóriájuk, és figyelmi képességeik többé-kevésbé korlátozottak, ezért valószínűsíthető, hogy megnyilatkozásaikban a magas szalienciájú elemek alkalmazását részesítik előnyben. Ennek magyarázata éppen maga a korlátozottság: a feltűnő és ezért kevés mentális erőfeszítéssel előhívható, illetve már aktivált elemek értelemszerűen könnyebben „ragadnak” a munkamemóriában vagy a figyelem középpontjában, mint egy olyan elem, amely még nem került be az aktív zónába.

4.3.2 A gyakoriság és begyakorlottság hatásai az afáziás beszédprodukcióna

A gyakoriság és a begyakorlottság mértékének az afáziás beszédben betöltött szerepét részletesen is elemzem a rendelkezésre álló korpusz segítségével, amelyből jelen elemzéshez 3 afáziás személy (Zs., V. és R.), a 2 gyógyult személy, valamint a 2 terapeuta beszédprodukcióna használok fel. A számszerű elemzésből kihagyom a globális afáziás M. eredményeit, mivel ő az *igen*, *nem* és a *nem tudom/sem tudom* frázisok ismétlésén túl nemigen produkál relevánsan elemezhető kifejezéseket. Megnyilatkozásai azonban – bár az egyes szófajok elemzésére nem alkalmasak – erősítik a feltételezést, mely szerint az afáziás beszéd és a begyakorlott elemek nagyobb arányú használata között szoros összefüggés van. A kontrollcsoport beszédprodukcióna pedig azért csak a két terapeuta került be jelen vizsgálatba, mert a Spontánbeszéd Adatbázisból származó adatok felvételi körülményei (mint pl. a társalgás-jelleg hiánya) jelentősen eltérnek az elemzett videóktól. Emellett az afáziás – ezzel együtt a terapeuták produkcióját is tartalmazó anyag 8 különböző alkalommal lett rögzítve, ily módon alkalmasabb az egyéni jellegzetességek és különbségek mérésére, mint az egy ülésben egy vagy két meghatározott témában folyó kötött interjú.

A megnyilatkozásokban megjelenő szavakat részben szófaji alapon öt kategóriába soroltam: eszerint külön vizsgáltam a frázisokat és konvencionális kifejezéseket; a diskurzusjelölő elemeket és a mondatszókat; az igéket, igeneveket és segédigéket; a főneveket, valamint a többi vizsgált szófaji kategóriába tartozó elemet (melléknéveket, határozószók bizonyos kategóriáit, a határozatlan és általános névmásokat). A frázisok és konvencionális kifejezések közé sorolt szavak szófajilag nem alkotnak egységet, ám ezek elemzésének esetében gyakoriságuk és nagyfokú begyakorlottságuk relevánsabb tényező,

⁹ A szaliencia különböző, itt nem vizsgált típusairól ld. bővebben: Geeraerts 2006.

mint szófaji besorolásuk. Konvencionális kifejezésnek vagy frázisnak tartom a *nem tudom/nemtom, azt hiszem/asszem, aha, izé, köszönöm/köszönöm szépen, bocsánat, jajistenem/tejóisten, megminden, nem hiszem, mittomén, szerintem, ne haragudj, na mindegy, aszondja, várjál...*stb. jellegű kifejezéseket. Némi magyarázatot igényel a diskurzusjelölőknek a vizsgálatba való bevonása is. A diskurzusjelölő elemeknek a nyelvi tevékenységben betöltött szerepének kérdésében a kurrens funkcionális magyarázatokat fogadom el és követem (ezekről bővebben ld. Fraser 1999; Dér 2009). Eszerint „a diskurzusjelölők olyan elemek, amelyek arról szolgáltatnak információkat, hogyan kell a diskurzust szegmentálni és működtetni; (...) átadási pontokat jelölnek a diskurzusban, a diskurzusegységek közti mozgást jelzik; illetve olyan kohézív elemek, melyek segítenek abban, hogy a beszédpartnerek koherens mentális reprezentációt alakítsanak ki az egymással közölt információkból” (Dér 2009: 2). Ebben az értelemben pedig a nyelvi közlések integráns részének tekintett diskurzusjelölők gazdaságos kivitelezhetőségük és több feladatot ellátó szerepük miatt okvetlenül vizsgálandók az afáziás megnyilatkozásokban.

Hipotézisem szerint az afáziás csoport megnyilatkozásaiban a vizsgált összes csoportban mérhetően magasabb arányban találunk begyakorlott, mélyebben rögzül és ezért könnyebben hozzáférhető kifejezéseket.

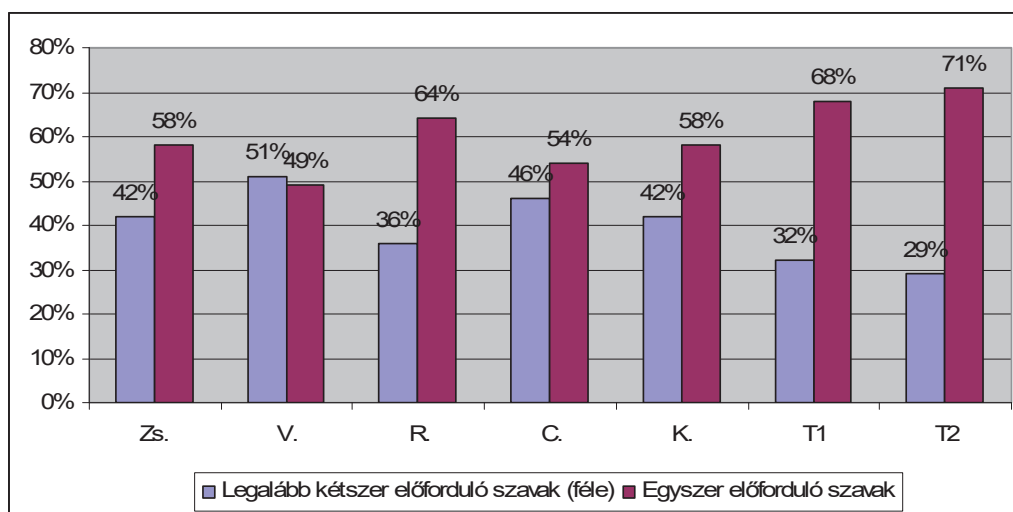
Az egyéni jellegzetességek közti különbséget célszerű először általánosságban megvizsgálni. Az alábbi táblázat azt mutatja be, hogy az adott vizsgálati személy megnyilatkozásaiból származó összes vizsgált szó (darabszám) hány különféle szóból tevődik össze. A szavakat természetesen a szótő, és nem a toldalékomorfémával ellátott teljes alak alapján számoltam. Az összes szóelőfordulás már az itt nem vizsgált szófaji kategóriákkal, valamint a deiktikus nyelvi elemek kivételével előálló adat. A táblázat harmadik sorában szereplő hányados azt mutatja meg, hogy az összes szóelőfordulásra hány egymástól különböző szó jut, vagyis a vizsgálati személy sok különböző szóval beszél, vagy viszonylag kevés szót használ többször.

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll	
	Zs.	V.	R.	C.	K.	T1	T2
Összes szóelőfordulás (db)	1472	1581	816	2930	2917	1801	1190
Különböző szóelőfordulások (-féle)	415	400	382	810	848	731	617
Hányados	3,5	3,9	2,1	3,6	3,4	2,4	1,9

3. táblázat: A szóelőfordulások és az önálló szavak aránya a vizsgálati személyek beszédprodukciónak

Az eredmények azt mutatják, hogy a terapeuták, valamint az anomikus afáziás személy megnyilatkozásaiban több az egyedileg előforduló szó (ezt jelzi az alacsonyabb mutató, vagyis a kisebb hányados), nagyobb a megnyilatkozásaikban a szavak változatossága, vagyis jóval több szót alkalmaznak vizsgált megnyilatkozásaikban, kevesebb a szóismétlés vagy egy-egy konvencionálisabb fordulat alkalmazása. A táblázat alapján jól látható, hogy a legtöbb ismétlődő vagy berögzült elemet a szenzoros Wernicke afáziás V. használja, ő beszél az afáziás személyek közül a legtöbbet, ennek ellenére arányaiban kevesebb különböző szóval, vagyis több konvencionális elemet használ. A nonfluens transzkortikális motoros afáziás Zs., valamint a két gyógyult egykori beteg eredményei nagyjából hasonlóak. Ha mindehhez hozzávesszük a globális afáziás M. megnyilatkozásait, akinek beszédében a számos szöelőfordulás 90% fölötti arányban a *nem tudom* frázisra korlátozódik, – a kevés adatközlő ellenére – megállapíthatjuk, hogy az afáziás nyelvi zavar támogatja az ismétlődő nyelvi elemek, szófordulatok és a mélyen elsáncolt elemek használatát, amelyre az egészséges nyelvi rendszernek kevésbé van szüksége. Az a tény, hogy a gyógyult vizsgálati személyek is a kontrollcsoport átlagától eltérő eredményt produkáltak, azt jelezheti, hogy az afázia következtében kialakuló nyelvi zavar azon része, amely az egyes nyelvi szinteket károsítja – vagyis a fonológiai, morfológiai és szintaktikai szinteket – könnyebben és gyorsabban állhat vissza a nyelvi tervezés, valamint a nyelvvel összefüggő más kognitív folyamatoknál.

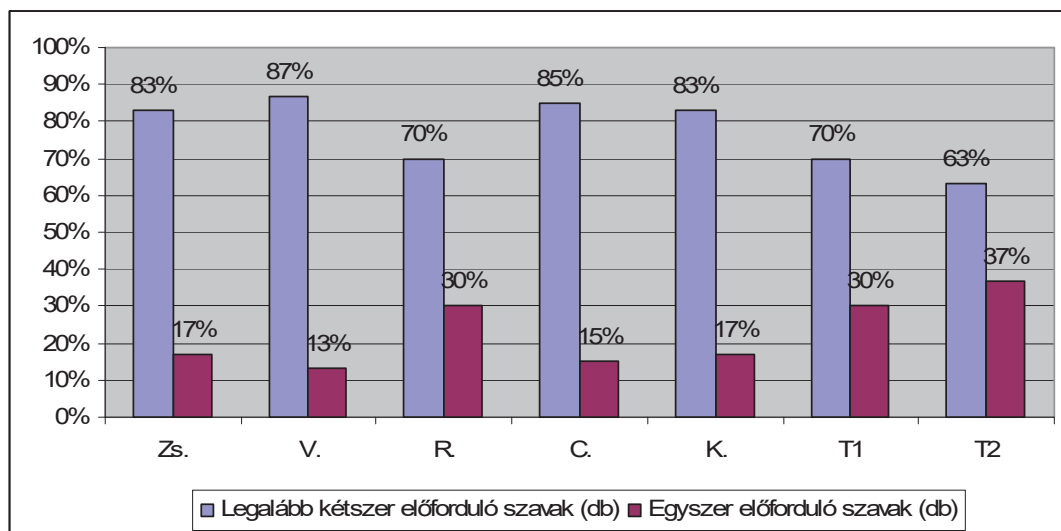
A fenti adatokat a következő ábra egészíti ki, illetve részletezi. A diagram azt szemlélteti, hogy a vizsgálati személyek produkciójában hányféle szó fordult elő legalább kétszer, és mennyi a megnyilatkozások során csupán egyszer előforduló szavak aránya.



1. ábra: A beszédprodukcióban egyszer és többször előforduló szavak aránya

Az ábráról (amelyen az egyes beszélők megnyilatkozásai saját beszédprodukcíójuk viszonylatát jelző százalékban szerepelnek), valamint a 3. táblázat eredményeiből leolvasható, hogy az afáziás csoport jellemzően kevesebb szót használ, ám azokat gyakrabban alkalmazza. Ezzel szemben a kontrollesoportként vizsgált terapeuták megnyilatkozásai változatosabbak: több különböző szót használnak, de egy-egy szó kevesebbszer kerül elő produkciójukban. Minél közelebb áll egymáshoz az egy beszélőhöz tartozó két érték, vagyis minél kisebb a különbség a két oszlop között, annál több ismétlődő elemet tartalmaz a vizsgálati személy beszéde. A fluens Wernicke afáziás személy az egyetlen, akinek beszédében kevesebb szó fordul elő csupán egyetlen alkalommal, mint ahány ennél többször.

Ha az egyszer és a többször előforduló szavakat azok darabszáma szerint vizsgáljuk, és így tekintjük át az arányokat, finomíthatjuk az eredményeket:



2. ábra: A szavak darabszámonkénti előfordulása

A 3. táblázat és az 1-2. ábra eredményei azt mutatják, hogy a két kontrolleszemély (T1, T2), valamint az anomikus afáziás személy (R.) beszédében a többször előforduló szavak az összes szóelőfordulásnak kisebb hányadát teszik ki, mint a másik két afáziás (V. és Zs.) és a gyógyult csoport (C. és K.) megnyilatkozásaiban. Ez nemcsak arra utal, hogy az afáziás beszédre jellemzőbb a begyakorlott és elsáncolt elemek használata, hanem arra is, hogy ezen elemeket megnyilatkozásaik során többször alkalmazzák, mint a kontrolleszemélyek.

Az eredmények általános áttekintő elemzése után az egyes szóelőfordulásokat a fent bemutatott 5 kategória alapján vizsgálva a következő eredményt kapjuk (a százalékok az egyes vizsgálati személyek beszédén belül, nem pedig egymáshoz hasonlítva értendők):

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll	
	Zs.	V.	R.	C.	K.	T1	T2
Frázis vagy konvencionális kifejezés	21%	20%	17%	13%	13%	9%	6%
Diskurzusjelölő és mondatszó	16%	7%	3%	8%	8%	9%	4%
Ige, igenév, segédige	27%	37%	33%	40%	40%	40%	40%
Főnév	17%	21%	31%	20%	19%	23%	29%
Egyéb	19%	15%	16%	19%	20%	19%	21%

4. táblázat: Szóelőfordulások az egyes szókategóriákban a vizsgálati személyek megnyilatkozásaiban

Ha elfogadjuk, hogy a frázisok, konvencionális kifejezések, a diskurzusjelölők és mondatszók a legmélyebben elsáncolt nyelvi elemek, és így együtt elemezzük e két csoport előfordulásait, akkor azt látjuk, hogy az afáziás és gyógyult személyek beszédprodukcijában legalább 20% vagy afölötti eredményt találunk, míg a két kontrollszemély beszédében 18%, illetve 10% e két kategória százalékos előfordulása. Emellett feltűnő, hogy az összes vizsgálati személynél az igék és igenevek előfordulási aránya a legmagasabb, bár a 3 afáziás személynél alacsonyabb számban találunk igéket, mint a gyógyult és a kontrollcsoport megnyilatkozásaiban. Bár látszólag a nonfluens transzkortikális afáziás személy megnyilatkozásában is arányaiban jóval több ige található, holott afáziatípusából az igék rendkívüli korlátozottsága következne, az adatokat alaposabban megnézve mégis a papírforma szerinti igeszerűséget látjuk. Ez abból látható, hogy ő az egyetlen a vizsgálati személyek között, akinél a konvencionális kifejezések és diskurzusjelölők szignifikánsan nagyobb arányban fordulnak elő az igéknél, vagyis saját beszédprodukcijában arányaiban kevesebb igét használ, mint a többi vizsgálati személy.

A begyakorlottság és gyakoriság hatásainak, illetve összefüggéseinek az afáziás beszédben való feltérképezéséhez a következőkben az egyes beszélők megnyilatkozásában 10 előforduláshoz többször megjelenő szavakat vizsgálom részletesen az egyes kategóriák szerint. Az eredmények azt mutatják, hogy a 10 előforduláshoz többször megjelenő szavak aránya is meglehetősen eltérő az egyes vizsgálati személyeknél. A nonfluens transzkortikális motoros afáziás Zs. beszédében 27 szó fordul elő tíz alkalomnál többször, a fluens Wernicke afáziás V. beszédében 42 szó, az anomikus afáziás, de viszonylag keveset beszélő R.-nél mindössze 8 szó fordul elő így. Mivel azonban a vizsgált korpuszban ő körülbelül feleannyi szót produkált, mint társai, beszédében azokat az elemeket számoltam, amelyekből 5 előforduláshoz több található, így 21 elemet

számolhatunk össze. A két terapeutánál pedig 22, illetve 13 szót találunk tízszer vagy annál többször a megnyilatkozásokban. Mindezt a következő táblázat szemlélteti részletesen:

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll	
	Zs.	V.	R.	C.	K.	T1	T2
Frázis vagy konvencionális kifejezés	6	13	4	5	6	3	2
Diskurzusjelölő és mondatszó	6	3	2	6	6	4	3
Ige, igenév, segédige	9	17	11	16	21	10	7
Főnév	2	5	2	6	5	3	1
Egyéb	4	4	2	6	8	2	1
Összesen	27	42	21	39	46	22	14

5. táblázat: A tíznél* többször előforduló szavak szókatégória szerint (*R. megnyilatkozásaiban 5-nél többször)

A két fenti táblázat eredményei (4. és 5.) alátámasztani látszanak az előzetes várakozást. Látható, hogy mind az afáziás, mind a gyógyult csoportban lényegesen többféle konvencionális és diskurzusjelölő elem található, mint a két kontrollszemély beszédében, amely jellegzetesség nemcsak a különböző elemek használatában, hanem azok mennyiségében is meglátszik: a 4. táblázat adatai azt mutatják, hogy arányaiban is jóval magasabb számban használják ezeket a nyelvi elemeket az afáziás és gyógyult személyek, mint a kontrollcsoport. A nonfluens Zs. megnyilatkozásaiban 12, a fluens V. beszédében 15, az anomikus afáziás R. beszédében 6, míg a két gyógyult személy megnyilatkozásaiban 11-11 különböző elem fordult elő 10 alkalommal többször e kategóriában, szemben a kontrollcsoport 7, illetve 5 különböző elemével. Az igék alkalmazásában az az általánosan elfogadott tény figyelhető meg, hogy a szenoros afáziások (V. és R.) az egészséges beszélőknél (T1, T2) több, míg a motoros afáziás (Zs.) kevesebb igék használnak megnyilatkozásaikban. Érdekes azonban a két gyógyult személy igehasználata, hiszen a legtöbb, 10 előfordulásnál gyakrabban megjelenő igét ők alkalmazzák. Az eredményt összevetve a 4. táblázat szófaji előfordulási adataival, azt látjuk, hogy összességében mindhárom vizsgált afáziás beszédében kevesebb ige fordul elő, mint a gyógyult és a kontrollszemélyeknél. A főnevek esetében csak részben látunk az igékhez hasonló eredményt. A legtöbb főnévi alakot – az igékhez hasonlóan – a kontrollszemélyek produkálták, ám itt a gyógyult személyek eredményei jóval inkább az afáziásokhoz hasonlítanak. Az anomikus afáziás személy beszédprodukciója a főnevek esetében is a kontrollcsoport eredményeihez áll a leginkább közel: noha – a két terapeuta

megnyilatkozásaihoz hasonlóan – csak két főnév fordul elő beszédében tíznél többször, mégis a főnevek teszik ki megnyilatkozásainak 31 százalékát. Az egyéb szófajok esetében szintén nagy a szórás az eredményekben, ami nem meglepő, hiszen ez a leginkább összetett csoport, amelyet nem vizsgálók külön-külön az azt alkotó szófajok szerint (melléknevek, általános és határozott névmások, valamint határozószók). Az egyes táblázatokat összehasonlítva azonnal feltűnhet, hogy az elemgyakoriságot tekintve a nonfluens Zs., a két gyógyult személy, valamint a két kontrollszemély eredményei nagyon hasonlóak: beszédprodukciónkban 19–21%-ot tesz ki ez az összetett kategória, míg a fluens Wernicke afáziás V., valamint az anomikus afáziás R. beszédében csak 15-16% ez az arány. Ha azonban ezt összevetjük a tíznél több előfordulású, vagyis relatíve nagyobb gyakoriságú elemekkel, akkor meglepő eredményt kapunk. Eszerint ugyanis a legtöbb különböző tíznél többször előforduló elemet a két gyógyult személy produkálta, miközben – ugyanúgy 19-21%-os elemgyakoriság mellett – a két kontrollszemély produkciójában csak 2, illetve 1, egyéb kategóriába sorolt elem fordul elő tíznél többször. Ezek az eredmények egyértelműen azt mutatják, hogy mind az afáziás, mind a gyógyult beszédre jellemző a kevesebb különböző elem gyakoribb használata, miközben az egészséges beszélők változatosabban és kevesebb ismétléssel beszélnek.

A két táblázat eredményeiből még egy jellegzetesség kiolvasható. Eszerint az anomikus afáziás személy megnyilatkozásai számos szempontból közelebb állnak a kontrollcsoport beszédprodukciónak jellegzetességeihez, mint az afáziás eredményekhez. Noha a vizsgálati személyek száma nem elegendő általánosan elfogadható következtetések levonásához, a jelenségre mégis találhatunk magyarázatot: míg mind a többi afáziás személy (Zs. és V.), mind a két gyógyult személy (C. és K.) megbetegedése a vizsgálat időpontjához képest 4 éven belül történt, addig R. balesete a felvétel időpontja előtt 15 évvel történt, és állapota eddigre a legenyhébb afázia típusig rendeződött. Az eltelt 15 év magyarázatot adhat a gyakorisági és begyakorlottsági kérdések közötti eltérésre: az évek során a felgyógyulás mértéke és az újratanult, illetve újra előhívhatóvá vált elemek és nyelvi funkciók száma értelemszerűen nagyobb, mint egy 1–4 éve bekövetkezett megbetegedés után.

A fenti táblázat adatait érdemes a számszerűsítésen túl a konkrét szavakon keresztül is megvizsgálni. A tíznél több előfordulásban megjelenő elemeket ennek megfelelően a következő táblázat mutatja be:

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll	
	Zs.	V.	R.	C.	K.	T1	T2
Frázis vagy konvencionális kifejezés	igen; jó; nem tudom; nem; tudom; ja	igen; nem tudom; jó; értem; várjál; nem értem; nem jó; ja; tudom; köszönöm; nem; mondom	igen; jó; ja; nem	igen; nem; nem tudom; ja; bocsánat	igen; jó; mondom; ja; nem tudom;	jó; igen; nem	igen; jó;
Diskurzusjelölő és mondatzó	hát; na; szóval; persze; tényleg; tehát	hát; na; tehát	hát; na;	hát; tehát; ugye; na; tényleg; persze	tehát; hát; na; ugye; tényleg; persze	hát; tehát; ugye; na;	tehát; hát; na
Ige, igenév, segédige	van; mond; csinál; tud; lenni; ért; szeret; lát; nincs	van; lát; tud; mond; megért; beszélgetni; kell; megy; beszélget; lenni; jön; szeret; gondol; csinál; ért; kezd; segít	van; tud; mond; kell; elfogadni; tanul; jár; megy; néz; jön; történik	van; mond; tud; kell; csinál; lehet; megy; lenni; lát; jön; szeret; akar; nincs; ért; elmond; elmegy	van; mond; tud; kell; beszél; megy; csinál; akar; olvas; ért; lehet; jön; lenni; lát; történik; érez; kommunikál; szeret; kezd; nincs; elmond;	van; mond; lenni; kell; tud; szeret; ért; elfogad; jön; eszik	van; mond; tud; kell; szeret; megy; akar;
Főnév	év; hét;	ember; szó; autó; élet; év	hónap; hét	L.; V.; év; férj; K.; Zs.;	gyerek; dolog; orvos; villa; ember;	ember; dolog; V.;	gyerek (7); beszéd (6)
Egyéb	kettő; valami; nagyon; hosszú	nagyon; valami; sok; hosszú	nagyon; hat;	nagyon; valami; mindenki; nagy; sok; kis	nagyon; valami; semmi; kicsit; két; minden; nagy; három;	nagyon; valami;	nagyon; valami (8)

6. táblázat: A tíznél többször előforduló nyelvi elemek a vizsgálati személyek beszédprodukcójában

a) Frázisok és diskurzusjelölők

A táblázatot szemlélve első pillantásra is szembeötlő az afáziás és gyógyult beszélők megnyilatkozásaiban a frázisok és diskurzusjelölő elemek változatossága a tíznél több előfordulásban megjelenő nyelvi elemek között. Minden vizsgálati személynél tíznél többször fordul elő az *igen* és a *jó* elem, bár különbség van az előfordulás mennyiségében. A kontrollszemélyeknél 36 (T1), illetve 15 (T2) alkalommal fordul elő az *igen*, miközben ez a szám mind az afáziás, mind a gyógyult csoportnál jelentősen több: a két gyógyult

személynél 90 (K.), illetve 92 (C.), az afáziás személyeknél pedig 42 (V.), 89 (R.) és 95 (Zs.) előfordulást találunk. Az egyszavas válaszként is teljes értékű *igen, nem, nem tudom, jó* elemek aránya érthető módon lényegesen magasabb mind az afáziás, mind a gyógyult csoport beszédében. Ezek ugyanis egyrészt begyakorlottságuk és rendkívül nagyfokú elsáncoltságuk miatt, másrészt a szemantikailag releváns megnyilatkozás lehető leggazdaságosabb előállíthatósága miatt szignifikánsan többször jelennek meg az agysérülésen átesett csoportban, mint a kontrollcsoport produkciójában. E két csoportra jellemző még, hogy mindegyikük beszédében gyakori elem a *ja* kifejezés, amellyel egyszerre fejezhető ki bizonytalanság, felismerés vagy csodálkozás. Az összes fráziselőfordulásban is nagy különbségeket találunk az egyes vizsgálati személyek között. A diskurzusjelölők és mondatszók esetében minden vizsgálati személynél a három leggyakrabban előforduló és mindenkinél megjelenő elem a *hát*, a *na* és a *tehát*. A *hát* jelölőről megállapítható, hogy – a gyógyult K. produkcióját kivéve, ahol a *hát* csak a második leggyakoribb jelölő – ez a diskurzusjelölő jelenik meg mindegyik vizsgálati személy megnyilatkozásában legtöbbször. A *hát* nyelvi elem a legtöbbet vizsgált elem a diskurzusjelölő-kutatásban, így ennek funkcióiról tudunk a legtöbbet: használati köre rendkívül széles, eszerint előfordulhat válaszjelölői, nyomatékosító, hatáskeltő vagy hezitációs szerepben (vö. Dér 2010). Bár ezen funkciókat külön nem elemzem, a felsorolásból jól látható, hogy a *hát* többféle jelentéstartalom kifejezésére alkalmas, mégpedig meglehetősen gazdaságos formában. Gyakorisága és elsáncoltsága teszi lehetővé, hogy kis erőfeszítéssel produkálható legyen.

b) Igék

Az igék előfordulásaiban is nagy hasonlóságot látunk az egyes vizsgálati személyek eredményeiben. Mindegyik személy beszédprodukciójában megtalálható, és tíznél többször fordul elő a létige, valamint a *mond*, *tud* és *szeret* igék. A létige esetében külön számoltam a *van/lenni/nincs/lehet* alakokat. A nagyfokú elsáncoltságot mutatja, hogy minden vizsgálati személynél az első 3 leggyakoribb elem szinte azonos sorrendben követi egymást: *van–mond–tud*. A két gyógyult személy, valamint a nonfluens Zs. és a fluens V. megnyilatkozásaiban egyaránt tíznél többször jelenik meg a *csinál* és a *lát* ige. Emellett az *ért* ige előfordulásában látunk még hasonlóságokat: az anomikus afáziás R. és az egyik kontrollszemély (T2) kivételével minden vizsgálati személynél tíznél többször fordul elő.

A következő táblázat azt szemlélteti, hogy hány ige fordult elő mind a 7 vizsgálati személynél, hány fordult elő csak 6 személynél, és így tovább.

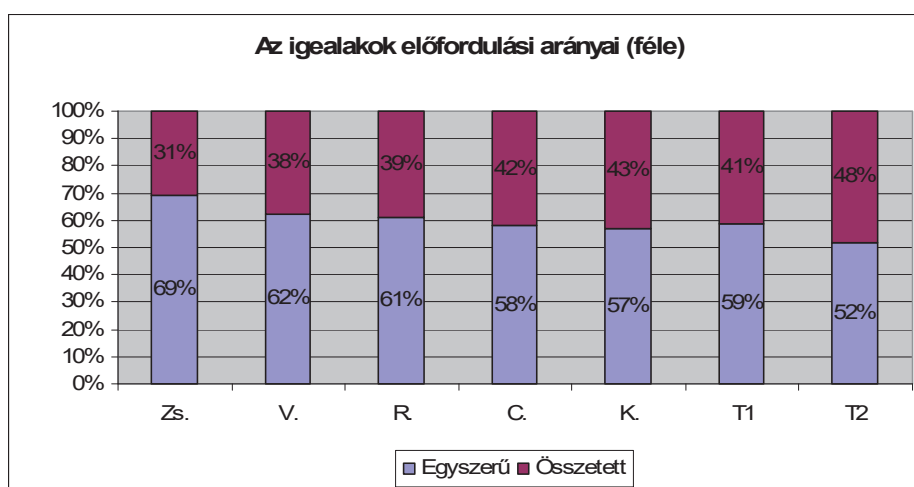
7 személynél	6 személynél	5 személynél	4 személynél	3 személynél	2 személynél	1 személynél
21 féle	21 féle	24 féle	19 féle	48 féle	117 féle	479 féle

7. táblázat: Az egyes igék személyenkénti előfordulása

A begyakorlottság és a gyakoriság kérdéseire a 7, illetve a 6 személynél előforduló igéket vizsgálom, mivel ezek minden bizonnyal a legnagyobb szógyakoriságú elemek a kopuszban megjelenő igék között. Mind a hét személynél előfordult az *akar*, *csinál*, *dolgozik*, *elkezd*, *érez*, *figyel*, *hoz*, *jön*, *kell*, *lát*, *megy*, *mond*, *néz*, *szeret*, *szokott*, *szól*, *tanul*, *történik*, *tud*, valamint a létige (a *van* ragozott alakjai, illetve *lenni* formában). 6 személynél pedig a *beszél*, *él*, *elmond*, *ért*, *gondol*, *hall*, *kap*, *kezd*, *megcsinál*, *megkérdez*, *megváltozik*, *megvan*, *működik*, *próbál*, *segít*, *sikerül*, *tart*, *tesz*, *vesz*, valamint a létige tagadó formája (*nincs*). A mindegyik vizsgálati személy beszédprodukciónak előforduló igék között rendkívül nagy a szórás azok gyakoriságában. Eszerint vannak olyan elemek, amelyek mindhárom vizsgálati csoportban nagy gyakorisággal fordulnak elő (ezek: *van*, *tud*, *mond*, *szeret*, *kell*), vannak olyanok, amelyek ugyan minden vizsgálati személynél előfordulnak legalább egyszer, de mindhárom vizsgálati csoportnál összesen csak kevés elem található belőlük (ezek: *elkezd*, *figyel*, *hoz*, *szól*, *néz*, *dolgozik*, *történik*). A többi ige esetében pedig – egy kivételével – az a jelenség látható, hogy míg az afáziás és a gyógyult csoportban ezen elemek gyakran fordulnak elő, addig a kontrollcsoportnál csak néhány előfordulást találunk (ezek: *csinál*, *jön*, *lát*, *megy*, *szokott*, *tanul*). Hasonló jelenséget látunk egyébként a létige előfordulásaiban is, bár ez mindhárom csoportnál gyakran fordul elő, az előfordulási arány mégsem azonos: míg az afáziás megnyilatkozásokban 240-szer, a gyógyult megnyilatkozásokban 332-szer, addig a kontrollcsoportnál csak 141-szer fordul elő a létige. Egyetlen olyan igét találunk, amely az afáziás csoportban is minden beszélőnél megjelenik ugyan, de csak egy vagy két előfordulásban, míg a gyógyult és a kontrollcsoport megnyilatkozásában viszonylag gyakoribb elem (ez az *akar* ige). Az afáziás és a gyógyult csoport beszédében gyakran, míg a kontrollcsoportnál alacsony számban előforduló igék esetében a magyarázat az igék formai összetettségének jellegzetes működési mintázataiban keresendő. A *csinál* igeről például megállapítható, hogy a tevékenységre való általános utalásnak minden bizonnyal ez a leghamarabb elsajátított kifejezésformája, szemben számos, később elsajátított, ezért kevésbé elsáncolt szinonimájával. Emellett az ige lehetővé teszi, hogy a pontos tevékenység megnevezése

vagy arra való utalás nélkül egyszerűen utaljunk a tevékenységre, annak fennállására, elkezdésére vagy pusztá tényére általában. Ahogyan arról disszertációmban már többhelyütt is utaltam – és a deixis vizsgálata során még utalni is fogok –, a specifikálás, a minél pontosabb referenciák megadása, a pontos megnevezés az afáziás személyek számára többnyire nehézséget jelent, ilyenkor a rámutatás vagy az általánosabb vagy alapszintű kategóriával való megnevezést részesítik előnyben. Ez vezet át a következő elemzési ponthoz.

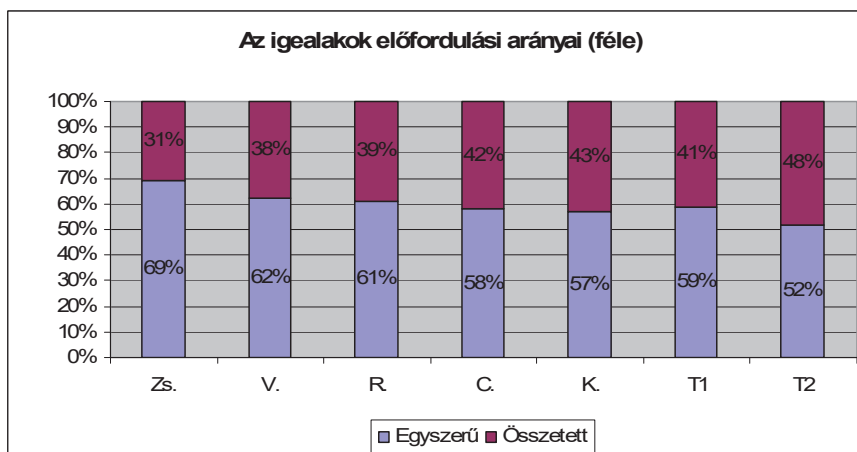
Az igealakokat egyszerű vs. összetett (azaz igekötős) forma szempontjából is érdemes megvizsgálni.



3. ábra: Az igealakok előfordulási arányai

Az ábra azt mutatja, hogy összefüggés van az igealakok összetettsége és az afázia súlyossága, illetve megléte között. Minél súlyosabb egy afáziás állapot, a páciens annál inkább törekszik az egyszerű kifejezési formák használatára, jelen esetben annál inkább kerül az igekötős igék használatát, amely a formai összetettségen túl szemantikai összetettséget is jelent. Az igék összetettségének vizsgálata során a szemantikai és morfológiai összetettséget célszerű egymástól nem elválasztva vizsgálni, hiszen egy morfológiailag összetettebb ige minden esetben szemantikai többletet is hordoz morfológiailag egyszerűbb formával szemben (pl. *megy – elmegy*). Ezért jelen vizsgálatban az igekötős igék előfordulásait és jellegzetességeit vizsgálom. Nem térek ki az igeképzővel képzett igék vizsgálatára, mivel a legtöbb esetben ezek a hétköznapi beszélő számára nem tűnnek képzettnek, vagyis többnyire nem érzékelik benne a kiinduló igehez képesti jelentéstartalom-változást, ebben az értelemben pedig nehéz morfológiai és szemantikai összetettségről beszélni. Az afáziás vizsgálati személyek előnyben részesítették az egyszerűbb alakú, vagyis nem igekötős elemeket, valamint az általánosabb jelentésű

igéket. Mivel az igekötő minden esetben jelentéstöbbletet ad az alapigéhez, ezért megállapíthatjuk azt is, hogy az igekötős igék mindig specifikusabb jelentéstartalmat hordoznak igekötő nélküli alakjaiknál. A korpuszban az igekötős igéket vizsgálva a következő eredményeket kapjuk:



4. ábra: Az igekötős és igekötő nélküli igealakok előfordulási aránya a vizsgálati személyek beszédprodukciójában

Az ábra eredményeiből megállapíthatjuk, hogy a gyógyultság mértéke tendenciaszerű összefüggést mutat az igekötő-használattal. A két kontrollszemély adataihoz viszonyítva hasonló eredményt produkáltak a gyógyult vizsgálati személyek. Eredményüket megközelítette az anomikus afáziás személy produkciója.

Az igekötők segítségével létrejövő jelentéstöbbleteket néhány igecsoporton vizsgáltam. Ehhez az afáziás személyek beszédében tíznél többször előforduló igéket, valamint a mind a hét vizsgálati személy megnyilatkozásaiban előforduló igéket vettem alapul (vagyis a nagy begyakorlottságú és gyakori igéket). Ezek közül kiválasztottam azt az öt igét – a létigét nem számítva –, amely az összes vizsgálati személynél a legtöbbször fordul elő, úgymint a *beszél*, *jön*, *mond*, *megy* és a *néz* igék. Néhány esetben (pl. *beszél* – *beszélget*) az igeképzővel képzett alakokat is az eredményekhez számoltam.

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll	
	Zs.	V.	R.	C.	K.	T1	T2
<i>beszél</i>	–	beszélget	–	beszélget, megbeszél	átbeszél, átbeszélget, beszélget, elbeszél	beszélget, megbeszél	megbeszél
<i>jön</i>	bejön, kijön	rájön, kijön, átjön, visszajön, előjön, hazajön,	kijön, eljön, lejön, bejön	rájön, eljön, előjön, hazajön, idejön, átjön, kijön, megjön,	lejön, bejön, rendbejön, rájön, összejön, eljön	bejön, visszajön, hazajön,	kijön, eljön

		összejön		lejön,			
<i>mond</i>	megmond, elmond,	kimond, elmond, megmond	megmond	elmond, megmond	elmond	elmond, megmond, lemond	kimond, elmond
<i>megy</i>	kimegy, végig- megy	átmegy, elmegy, bemeget, kimegy, lemegy	visszamegy, odamegy, átmegy, bemeget, lemegy	fölmegy, körbemeget, visszamegy, belemegy, elmegy, végigmegy, tovább- megy	hazamegy, bemeget, elmegy, odamegy	elmegy, hazamegy, tovább- megy	megy, elmegy, továbbmegy, bemeget
<i>néz</i>	megnéz	nézeget, ránéz, megnéz, fölnéz, belenéz, idenéz	–	megnéz, kinéz, ránéz	kinéz, ránéz, körülnez	megnéz, szembenéz	megnéz
Összesen	7	22	10	23	18	13	10

8. táblázat: A leggyakoribb igék igekötős formáinak előfordulásai a vizsgálati csoportokban

A leggyakoribb igékből létrehozott igekötős formák közül a motoros Zs. megnyilatkozásaiban találjuk a legkevesebbet, ez összhangban van a 4. ábra eredményeivel, mely szerint az ő produkciójában találjuk összességében is a legkevesebb igekötős alakot. Megjegyzendő még, hogy a Zs. beszédében leggyakrabban előforduló igekötők azok, amelyek a vizsgálati személyek eredményeit összesítve is a legtöbb előfordulást produkáló igekötők közé tartoznak. Az anomikus afáziás személy megnyilatkozásai ebben a kérdésben is nagyban hasonlítanak a kontrollcsoport eredményeire: a vizsgált igék esetében viszonylag kevés igekötős alakot használnak, annak ellenére, hogy megnyilatkozásaikban az igekötős alakok aránya nagyobb számban fordul elő. Ennek magyarázata lehet a gyakoriság kérdésénél már említett, a kontrollcsoportra és az anomikus afáziás személyre jellemző változatosabb kifejezésformák, vagyis: ők több, csak egy vizsgálati személy produkciójában megjelenő igét alkalmaznak, valamint szinonimából is többet használnak az afáziás vizsgálati személyeknél. A leginkább meglepő eredmény a Wernicke afáziás V. produkciója, aki a két gyógyult személyhez hasonlóan rendkívül virtuózan alkalmazza az igekötős igét. Ha azonban V. eredményeiben összevetjük igekötős és az igekötő nélküli igealakokat, akkor azt találjuk, hogy V. megnyilatkozásaiban 38:62 ez az arány. A két táblázat eredményéből ennek megfelelően az következik, hogy V. elsősorban a gyakori és nagy begyakorlottságú alapigék igekötős változatait használja, és nem produkál a kontrollcsoporthoz hasonló számban a korpuszban csak egy előfordulásban megjelenő elemeket.

A teljesebb kép érdekében célszerű az egyes igekötők előfordulásának gyakoriságait is megvizsgálni. Az összes korpuszban előforduló igekötő közül (25 féle) a tíz leggyakoribb igekötőnek az összes igekötős ígéhez való arányát elemzem az egyes vizsgálati személyek megnyilatkozásaiban. Az eredményeket a következő táblázat foglalja össze. Az adatok jobb áttekinthetősége végett a két kontrollszemély eredményeit átlagolva közlöm, valamint megadom a Magyar Nemzeti Szövegtár (MNSZ) gyakorisági adatai alapján kapott sorrendet is a felsorolt igekötőkre.

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll	MNSZ (db/millió szó alapján)
	Zs.	V.	R.	C.	K.		
át-	0%	11%	4%	11%	4%	2%	9.
be/bele-	17%	6%	5%	3%	9%	8%	4.
el-	19%	10%	36%	30%	25%	26%	2.
fel/föl-	7%	2%	5%	6%	7%	5%	5.
ki-	10%	5%	9%	8%	7%	12%	3.
le-	6%	3%	7%	4%	8%	4%	6.
meg-	29%	45%	12%	28%	23%	33%	1.
oda-	0%	1%	5%	3%	3%	1%	10.
rá-	0%	9%	5%	4%	2%	1%	7.
vissza-	4%	5%	5%	1%	4%	3%	8.

9. táblázat: A vizsgált igekötők előfordulási arányai az összes igekötős ígéhez viszonyítva

Az eredményeket szemlélve jól látható, hogy meglehetősen nagy a szórás mind az egyes igekötők használatában, mint a vizsgálati személyek adatai között. Elsőként célszerű megállapítani, hogy a kontrollcsoport eredményei és a MNSZ adatai alapján felállított sorrend a *rá-* igekötő kivételével megfeleltethető egymásnak. Az adatok azt mutatják, hogy az első két leggyakoribb igekötő mindhárom vizsgálati csoportban a *meg-* és ez *el-*, ám a többi igekötő esetében nagy különbségeket látunk a vizsgálati személyek között. Az anomikus afáziás R. megnyilatkozásaiban az első 3 leggyakoribb igekötő megegyezik az MNSZ adataival, azonban a többi vizsgált elem azonos arányban jelenik meg beszédében.

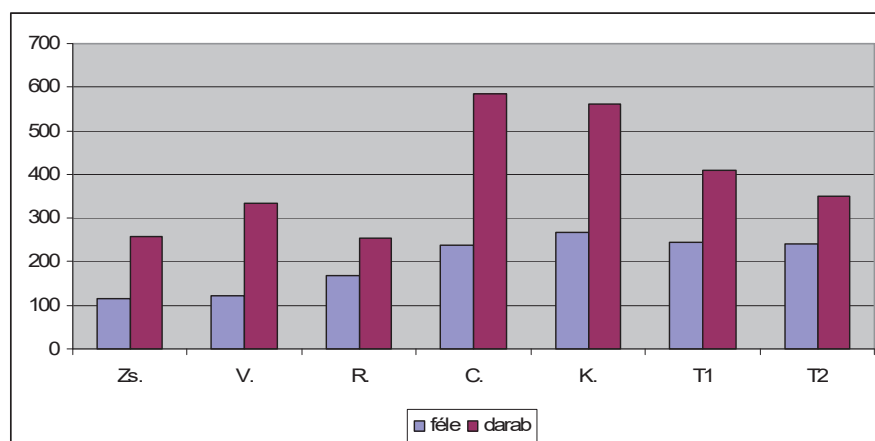
A motoros afáziás Zs. megnyilatkozásaiban a vizsgált 10 igekötő közül 3 egyáltalán nem fordul elő. Zs. produkciójában meglepőnek tűnik a *be-* és a *bele-* igekötő nagy arányban való megjelenése, mivel ő az, aki a főnévragok esetében – és a később bemutatandó a deiktikus nyelvi formák között is – a legkevesebb térre és a térben való elhelyezkedésre utaló kifejezést tette. Ha azonban felsoroljuk az általa alkalmazott *be-* igekötős ígéseket, azonnal érthetővé válik a jelenség. A *bejön*, *bekapcsol*, *beletekint*, *beleül*,

betart igék közül a *bekapcsol* és a *betart* nem térbeli viszonyt határoz meg. A *beletekint* és a *beleül* igék pedig csak egyetlen előfordulásban jelennek meg megnyilatkozásában. A *bejön* ige az egyetlen, amely nagyobb számban fordul elő megnyilatkozásai között. A *jön* igeről azonban fentebb már megállapítottam, hogy a leggyakoribb és legáltalánosabb igék egyike.

A legnagyobb különbségeket az egyes igekötők előfordulásában a Wernicke afáziás V. megnyilatkozásaiban láthatjuk. Igekötőhasználatának majdnem felét, 45%-ot tesznek ki a *meg-* igekötővel ellátott igék. A többi igekötőelőfordulás sorrendje mind az MNSZ, mind a kontrollcsoport adataitól eltér.

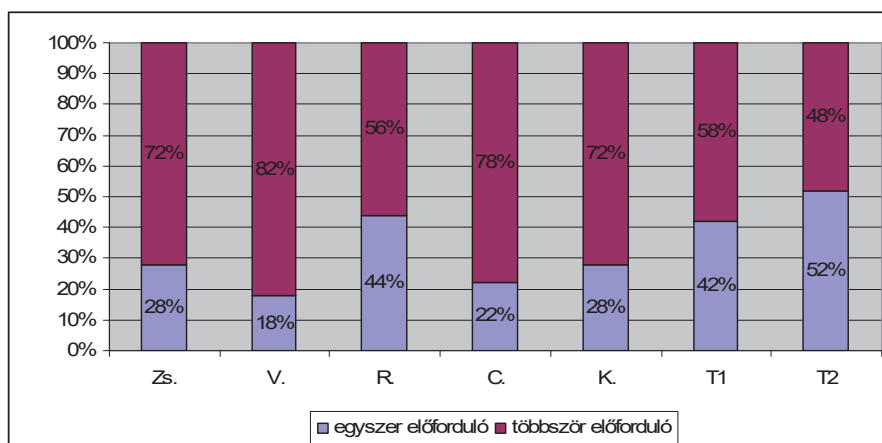
c) Főnevek

A főnevek csoportjánál szembevetve, hogy ebből a kategóriából találjuk a legkevesebb különféle tíznél több előfordulásban megjelenő elemet, miközben a főnevek aránya az összes szóelőfordulásban nem feltűnően alacsony. A nonfluens afáziás személy produkcióját kivéve minden vizsgálati személy beszédében a második leggyakrabban előforduló szókatégória az igék csoportja után. A tíznél többször előforduló főnevek jellegében is jelentős eltérés mutatkozik az egyes vizsgálati személyek között. Zs. és R. megnyilatkozásaiban tíznél több előfordulásban csak két-két főnév jelenik meg, amelyek mind valamilyen időviszonyt jelölnek. A Wernicke afáziás V. beszédében az öt leggyakoribb főnév közül négy általános jelentésben jelenik meg: az *ember/emberek* mint általános alany, a *szó* mint a beszédre és a megnyilatkozásra általában utaló elem, az *élet* főnév a beszélő életében történő eseményekre (pl. „*az életemben így történt meg úgy történt*”), az *autó* pedig a közlekedési eszközökre általában vonatkozik. A két gyógyult egykori páciens beszéde ezzel szemben teljesen más képet mutat a főnévhasználat kérdésében: C. 6 leggyakrabban előforduló főneve közül 4 afáziástársainak neve, vagyis konkrét referenciával rendelkező elem. Konkrét dologra utaló főnevek jelennek meg K. beszédében is többségben, bár két generikus főnevet is találunk. Az egyik kontrollszemélyhez hasonlóan nála is az *ember* és a *dolog* főnevek fordulnak elő a leggyakoribb főnevek között. A másik terapeuta beszédében pedig a két leggyakrabban előforduló főnév a *gyerek* és a *beszéd* szavak 7, illetve 6 előfordulással. A *beszéd* szó gyakori megjelenése minden bizonnyal abból adódik, hogy ő az Egyesület egyik logopédusa, így megnyilatkozásainak egy része tevékenységére vonatkozik. A következő táblázat a főnevek előfordulása és darabszáma közötti kapcsolatot mutatja:



5. ábra: A főnév-előfordulások és a főnevek darabszámainak összefüggései a vizsgálati személyeknél

Az összes főnévelőfordulást tekintve a legkevesebb különféle főnevet a nonfluens Zs. és a fluens V. alkalmazza, 115, illetve 121 féle főnévvel. Saját beszédprodukciónak arányait tekintve az anomikus afáziás R. beszédében találjuk a legtöbb főnevet, a vizsgált szókatégoriák 31%-át a főnevek teszik ki. Az egyes beszélők produkcióján belül a két oszlop közötti különbség nagysága is fontos adattal szolgál. Minél kisebb ugyanis a két oszlop között a különbség, annál változatosabban jelennek meg a főnevek a vizsgálati személy produkciójában: eszerint sokféle különböző főnevet használ, de egy-egy főnevet csak néhányszor alkalmaz. Ezt a jelenséget látjuk az anomikus afáziás R. beszédében, valamint a két kontrollszemélynél. Az oszlopok közötti nagy eltérés ezzel szemben azt mutatja, hogy a vizsgálati személy arányaiban kevesebb főnevet alkalmaz, ám ezeket gyakrabban ismétli. A két gyógyult személy, valamint a nonfluens Zs. és a fluens V. beszédében több mint kétszeres különbség van a két oszlop között, azaz a páciensek egy-egy főnevet gyakran ismételnék, illetve használnak. Az egyszer és az egynél többször előforduló főnevek darabszámainak egymáshoz viszonyított arányát a következő táblázat láttatja, eszerint a két csoport között markáns különbség rajzolódik ki:



6. ábra: Az egyszer, illetve egynél többször előforduló főnevek aránya a vizsgálati személyek megnyilatkozásaiban

Az eredmény tovább erősíti azt a megfigyelést, hogy mind az afáziás, mind a gyógyult beszédre jellemző a már alkalmazotthoz vagy jobban begyakorlotthoz való ragaszkodás, valamint az ismétlésnek, mint a beszédprodukciónak könnyítő tényezőnek a szignifikánsan gyakoribb alkalmazása. Bár a vizsgálati személyek között csak egyetlen olyan afáziás személyt találunk, akinek agysérülése a vizsgálatot megelőző 5 évnél régebben történt (R. esetében 12 évből van szó), így az eredményekből releváns következtetést semmiképpen nem vonhatunk le, az mindenesetre további vizsgálatok tárgyát képezheti, hogy a betegség óta eltelt idő hogyan befolyásolja a beszédprodukciónak abban az esetben, ha nem történt teljes gyógyulás (ahogyan R. esetében, akinél az anomikus afázia lett a gyógyulás folyamatának utolsó fázisa).

A fenti eredmények tehát azt mutatják, hogy a főnévi kategória a többi szóosztállyal szemben nagyobb változatosságot mutat az afáziás személyek beszédében abból a szempontból, hogy több különféle főnevet alkalmaznak, és a főnevek között kevesebb gyakran ismétlődő elemet találunk, mint a frázisok vagy igék esetében. A gyakoriság és begyakorlottság mértéke – ahogyan azt az igék esetében is láttuk – összefügg a morfológiai és szemantikai összetettséggel is, ezért az elemzést ezekre a tényezőkre is érdemes kiterjeszteni.

A morfológiai összetettség vizsgálatát a kísérleti személyek megnyilatkozásaiban megjelenő főnevek ragozott alakjainak elemzésével tettem meg, amelynek eredményeit a következő táblázat mutatja be. A táblázatban kizárólag azokat a ragokat szerepeltetem, amelyek a kontrollcsoport beszédében 1%-nál nagyobb arányban fordultak elő. Kimaradtak így az elemzésből a *-ról/ről* (1%), a *-ból/ből* (1%), a *-hoz/hez/höz* (1%), a *-tól/től* (1%), az *-ig* (0,3%) valamint a *-nál/nél* (0,5%) ragokkal ellátott főnevek.

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll
	Zs.	V.	R.	C.	K.	
alanyeset	65%	45%	37%	50%	58%	40%
tárgyeset	11%	17%	12%	12%	15%	17%
birtokos eset	8%	12%	7%	16%	13%	11%
-ba/be	3%	1%	6%	2%	2%	3%
-ban/ben	2%	7%	5%	4%	3%	6%
-ra/re	1%	2%	1%	1%	0,1%	4%
-on/en/ön	2%	4%	13%	3%	2%	5%
-val/vel	4%	2%	3%	6%	3%	3%
-nak/nek	1%	7%	1%	2%	2%	5%

10. táblázat: A főnévi alakok előfordulásai a vizsgálati személyek megnyilatkozásaiban

Az eredmények nagy szórást mutatnak az afáziás és a gyógyult személyek megnyilatkozásaiban is. A transzkortikális motoros afáziás Zs. beszédében – aki az igék mellett a főnevek produkciójában is a legnagyobb korlátozottságot mutatja – találjuk legmagasabb számban az alanyesetben álló főneveket, egyúttal legalacsonyabb számban a tárgyesetű alakokat. Az alanyesetű megnyilatkozások túlsúlya a komplex szerkezetek létrehozásának zavarára utal. Zs. produkciójára általában is jellemző az alapszintű kategóriák, az ismétlések és a frázisok, valamint a konvencionalizált elemek túlsúlya. Ezen nyelvi elemek azok, amelyek a legkisebb mentális erőfeszítéssel produkálhatók. Ez magyarázza az alanyesetű főnevek túlsúlyát is megnyilatkozásaiban.

Az anomikus afáziás személy megnyilatkozásaiból származó eredmények a részes eset kivételével nagyjából megegyeznek a kontrollcsoport eredményeivel. Ez szintén megerősíti azt a megállapítást, hogy nem csupán az afázia típusa, de az afáziás megbetegedés óta eltelt idő is befolyásolja a nyelvi tevékenység számos folyamatát.

Látszólag meglepő a Wernicke afáziás személy produkciójában az arányaiban alacsony számban megjelenő alanyesetű alak, hiszen a nonfluens Zs. beszédprodukciójához hasonlóan V. beszédére is jellemző a frázisok és konvencionális kifejezések nagy száma, valamint a kevés különböző szóelőfordulás gyakori ismétlések mellett (vagyis a páciens kevesebb szót használ a kontrollcsoportnál, ám azokat gyakrabban alkalmazza). Ennek ellenére az alanyesetű főnevek alacsony számára mégis van magyarázat, mégpedig a Wernicke afáziára általában jellemző paragrammatizmus. Noha a főnevek vizsgálatában nem számoltam a paragrammatikus alakokat, az megállapítható, hogy V. produkciójára jellemzőek a gyakran feleslegesen vagy duplán kitett ragok, illetve a páciens előszeretettel alkalmaz olyan szerkezeteket, amelyek redundáns formában fejeznek ki jelentéstartalmat (pl. *Ez változó embereknek?*).

A térbeli viszonyok kifejezésének jellegzetességeire a térdeixis vizsgálata során a deiktikus nyelvi elemeket vizsgáló fejezetben részletesebben is kitérek. A bentlevést kifejező főnévragok esetében relatíve nagy szórást látunk a vizsgálati személyek között. Az afáziás csoportban 5% (Zs.), 8% (V.), 11% (R.) az arány, a gyógyult csoportban 6%, illetve 5%, míg a kontrollcsoport átlagolt eredménye 9%. A ráhelyezés, illetve rajtalevés fogalmát kifejező *-ra/re*, valamint *-on/en/ön* ragos főneveknél hasonlóan nagy szórást találunk: eszerint a 3 afáziás személy megnyilatkozásaiban 3% (Zs.), 6% (V.), 14% (R.) az arány, míg a gyógyult csoportban 6% és 2%, a kontrollcsoportnál pedig 9%. Noha az egyes vizsgálati személyek között a szórás nagy, egy-egy vizsgálati személy

megnyilatkozásaiban a bentlevés és a rajtalevés kifejezésére szolgáló ragok használata összefügg: azok a személyek, akik az egyik térkifejező ragból keveset használtak, azok a másiktól is és fordítva. Mindez leginkább arra utalhat, hogy nem az egyes főnévi ragok – vagyis nem bizonyos morfológiai egységek – sérülnek, hanem maga a szemantikai jelentéstartalom, vagyis a térkifejezés általánosabb zavarát, illetve korlátozódását láthatjuk ezen eredmények mögött. Az anomikus afáziás R. megnyilatkozásait leszámítva a többi vizsgálati személy, vagyis Zs., V. és a két gyógyult személy egyaránt kevesebb térre utaló főnévragot használ, mint a kontrollcsoport.

Mindezek alapján azt láthatjuk, hogy az afáziás és a gyógyult csoportban a főneveknél találjuk a legtöbb különféle elemet, az egyes vizsgálati személyeknél való előfordulás vonatkozásában pedig a legnagyobb szórást. Ennek egyik oka lehet, hogy a prototipikus főnév dologi entitást jelöl, ily módon pedig könnyebben feldolgozható és produkálható. Itt jutunk el a főnevek vizsgálatának egyik fontos kérdéséhez, a képszerúsíthetőséghez, amely tényező hatása szintén befolyásolja az elsáncoltság mértékét, ezzel együtt pedig az előhívhatóságra és hozzáférésre is hatással van. Mielőtt megvizsgálnánk a képszerúsíthetőség (*imageability*) kérdését, célszerű magát a fogalmat tisztázni (a képszerúsíthetőségről bővebben ld. Aggujaro et al. 2006; Cappa – Perani 2003; Crepaldi et al. 2006). Ehhez nem elegendő az elvont/absztrakt vs. tárgyi/konkrét vonalon mozognunk, hanem e diszkrét kategóriák helyett jóval inkább egy kontinuum mentén célszerű elképzelnünk a jobban, illetve kevésbé képszerúsíthető fogalmakat, entitásokat. Vagyis meghatározhatunk prototipikusan könnyen képszerúsíthető, és nehezen vagy egyáltalán nem képszerúsíthető nyelvi elemeket. Eszerint egy prototipikus főnév könnyen, míg egy prototipikus ige természetéből fakadóan nehezen képszerúsíthető, mivel a főnevek produkciójához elsősorban vizuális, azaz képi információk feldolgozása szükséges, szemben az igeprodukcióval, amelyek komplex szenzoros és motoros információkat igényelnek (Aggujaro et al. 2006: 185).

A képszerúsíthetőség mértékének meghatározása csak látszólag egyszerű feladat. Nyilvánvaló, hogy nem képszerúsíthető és egyben absztrakt fogalom például a *segítőkészség*. Nem ennyire egyértelmű a helyzet azonban például a *család* szó besorolásánál. Mint generikus fogalom, nem könnyen képszerúsíthető, ám a szót meghallva minden személy előtt megjelenik a prototipikus család képe, ami nagy valószínűséggel a saját családja. Ebben az értelemben pedig a *család* fogalma bár alapvetően nem képszerű, mégis képszerúsíthető, noha képszerúsíthetősége a mindenkor beszélt világról való tudásának, valamint az adott kontextusnak a függvénye. Vizsgálatom

során ezeket a beszélőfüggő fogalmakat is a képszerúsítható entitások közé sorolom. Továbbá nem dolgot fejez ki, mégis képszerúsítható, vagyis mentálisan egy képben megjelenítható például az *árvíz*. A képszerúsíthatósági vizsgálatnak azonban számos korlátja is van. Kérdés például, hová sorolhatók a gyakori, könnyen képszerúsítható szavak szinonimái, mint például a *volán* kifejezés. A fogalom könnyen képszerúsítható, ám a feladatot megfordítva, vagyis a vizsgálati személynek egy gépjármű kormányát mutatva minden bizonnyal nem a *volán*, hanem a *kormány* szót hallanánk többször. Ha azonban frázisba vagy megnyilatkozásba ágyazva kellene meghatározni a kifejezést abban a formában például, hogy „a ... mögött ül”, máris a *volán* szó előfordulása nőne meg. Mindezen megállapítások alapján a főneveket 3 csoportra osztottam annak tudatában, hogy e csoportok határai jóval inkább elmosódottak mint élesek. Eszerint megkülönböztettem (a) képszerúsító, (b) kontextusfüggően képszerúsítható, valamint (c) nem képszerúsítható kategóriájú főneveket. Mindehhez hozzá kell vennünk a képszerúsíthatóság szempontjából nehezen meghatározható főnévkategóriát, a tulajdonneveket is, ezen belül elsősorban a személyneveket. A személynevek esetében a képszerúsíthatóságot az a tény befolyásolja, hogy a beszélő és a hallgató egyaránt tisztában van-e az adott személynév vonatkozásával, és annak alapján képes-e azonosítani a megnevezett személyt. A korpuszban előforduló más tulajdonnévi kategóriák (intézménynevek és földrajzi nevek) esetében hasonló nehézségekbe ütközünk. Mindezek alapján a képszerúsíthatóság tekintetében a következő eredményt kapjuk:

	Afáziás			Gyógyult		Kontroll
	Zs.	R.	V.	C.	K.	
Nem képszerúsítható	47%	44%	48%	50%	41%	65%
Kontextusfüggő képszerúsítható	5%	5%	14%	7%	8%	8%
Nem dologszerű, de képszerúsítható	2%	3%	1%	2%	4%	6%
Képszerúsítható/dolog	21%	30%	20%	18%	37%	18%
Személynév	8%	5%	4%	16%	6%	1%
Más tulajdonnév	13%	13%	10%	6%	3%	2%
Neologizmus	4%	0%	3%	1%	1%	0%

11. táblázat: A főnevek megjelenése a képszerúsíthatóság mértéke szerint

Az eredmények azt mutatják, hogy a kontrollcsoport megnyilatkozásai között szignifikánsan magasabb a nem képszerúsítható, azaz elvont főnevek aránya, mint az afáziás és a gyógyult csoportban. Hasonló arányt találunk a nem dologszerű, de képszerúsítható főnevek (pl. *árvíz*) csoportjában. E jelenség arra utal, hogy az afáziás személyek számára a nem konkrét entitások, vagyis a nem prototipikus főnévi elemek

feldolgozása és produkciója nagyobb nehézséget jelent, mint a képszerűsíthető, vagyis dologszerű főneveké. Nagy szórást látunk még a csak a beszédhelyzet kontextusában képszerűsíthető elemek esetében: a Wernicke afáziás V. megnyilatkozásaiban a kontextusfüggőség egyértelműen megnöveli a produkció sikerességét, az összes vizsgálati személy közül ő alkalmazza a legtöbb, e kategóriába tartozó elemet. Érdekes eredményt látunk még a tulajdonnevek, különösen a személynevek esetében. Az összejövetelel jelezhető személyek, valamint az afáziás személyek hozzátartozóinak nevei viszonylag nagy gyakorisággal jelennek meg a többi főnévhez képest. Ez a jelenség egyrészt rendkívül meglepő, másrészt logikus. Logikus azért, mert az afáziás személyek számára könnyebb az adott beszédhelyzetben azonosítható entitások és személyek megnevezése, mint a nem láthatóaké. Meglepő azonban azért, mert a vizsgált afáziás személyekre az afázia típusától függetlenül jellemző, hogy képtelenek személynevek elsajátítására és megjegyzésére, gyakran még családtagjaik neveit is elvették, az afáziástársak és terapeuták neveinek produkciójában pedig még fokozottabb zavart látunk. Ennek ellenére mégis jelentősen több személynevet alkalmaznak megnyilatkozásaikban a kontrollcsoportnál. A más tulajdonnevek magasabb aránya nem feltétlenül nyújt releváns képet az afáziás személyek tulajdonnév-használatáról, mivel az irányított feladatok során, például az ország-város nevű feladatban földrajzi nevek megnevezése volt a cél, a magasabb előfordulás ezért minden bizonnyal inkább ennek köszönhető.

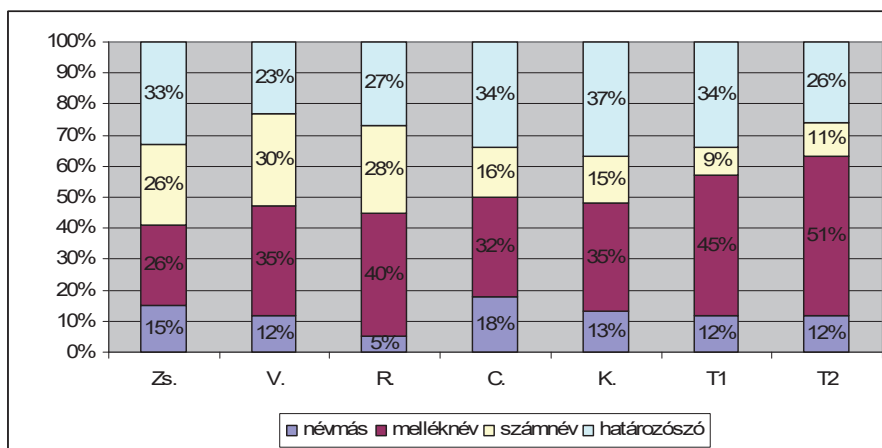
A főnevek kérdésében tehát összegezve megállapítható, hogy az egyes főnevek képszerűsíthetőségének mértéke, és a főnév alaki és/vagy jelentéstani összetettsége befolyásolja az afáziás személy főnévprodukcióját.

d) Egyéb szófajok

Az ebbe a kategóriába tartozó elemeket a mennyiségi és a gyakorisági tényezők miatt nem elemzem szófajonként részletesen. Ebbe a kategóriába soroltam a határozatlan és általános névmásokat (mivel a többi névmást a deixis kérdésköre alatt vizsgálom), a mellékneveket a számnevekkel együtt, valamint a határozószókat az idő és helyhatározó szavak kivételével (mivel ezeket szintén a deixis elemzésekor vizsgálom). Annak ellenére, hogy egy több szófajt tömörítő kategóriáról beszélünk, előfordulásuk szerint az afáziás személyeknél az öt kategóriából csak a negyedik leggyakoribb kategória, a kontrollcsoportnál pedig a harmadik, az igék és főnevek után következő csoport. Néhány megjegyzést mégis érdemes tenni ennek a több szófajt tömörítő kategóriának a jellemzőiről.

E kategóriában 475 különféle elemet találunk, amelyből 7 elem fordul elő minden beszélőnél, és 291 csak egyetlen beszélőnél. A leggyakoribb, illetve a két leggyakoribb elem tekintetében – a konvencionális egységek és a diskurzusjelölők csoportjához hasonlóan – nagy hasonlóságot mutatnak a vizsgálati személyek produkciói. Eszerint ugyanis a *nagyon* határozószó és a *valami* névmás fordul elő legtöbbször. Tíznel több előfordulásban az afáziás személyeknél 4 (Zs.), 4 (V.), illetve 2 (R.) elem található, a gyógyult csoportnál 6 (C.), illetve 8 (K.), míg a kontrollcsoportnál 2-2 elem.

A kategória szófajok szerinti megoszlását összefoglalóan a következő ábra mutatja be. Az ábra a kategórián belüli szófaji megoszlás százalékát mutatja (a melléknév szófaji kategóriájába sorolható számneveket az afáziás csoporton belüli nagy arányú előfordulása miatt számoltam külön).



7. ábra: Az összefoglaló kategória elemei szófajonként az egyes vizsgálati személyeknél

Az ábra azt mutatja, hogy míg mind a gyógyult, mind a kontrollcsoport eredményein belül nagyobb hasonlóságot találunk, mint az afáziás személyek eredményeiben. Bár sem az adatközlők, sem a nyelvi adatok száma nem teszi lehetővé messzemenő következtetések levonását, a disszertációmban elemzett többi kérdéshez hasonlóan itt is az a tendencia látszik megmutatkozni, hogy a kontrollcsoport és a gyógyult csoport eredményei is kisebb szórást mutatnak, mint az afáziás csoportnál megállapítottak.

A gyakorisági mutatókat nézve 7 olyan elemet találunk tehát a kategóriában, amelyek mind a hét vizsgálati személynél előfordulnak. Ezek: *valami*, *nagyon*, *sok*, *minden*, *mindenki*, *semmi*, *több*. Szembetűnő, hogy a 7 elemből 4 névmás. Emellett két melléknév és egy határozószó az, ami minden vizsgálati személy beszédében megtalálható.

Bár e kategória elemeit szófajonként nem elemzem külön, a határozatlan és általános névmásokat – a deixist tárgyaló fejezetben tárgyalt névmások részletes bemutatása miatt – mégis megvizsgálom. A határozatlan és általános névmások jellemzője,

hogy logikai operátorként vannak jelen a mondatban, a kontextusban éppen ezért nem rendelkeznek referenssel, a beszédhelyzet annyiban hat rájuk, amennyiben hatókörüket meghatározza (Laczkó 2001: 106). Összesen kilencféle határozatlan névmást (*valaki, valami, valamennyire, valamiért, valahogy, valamilyen, valamelyik, valamikor, néhány*) és tizennégyféle általános névmást (*minden, mindenki, mindenféle, mindenfajta, mindnyájan, mindannyiunk, mindegyik, semmi, senki, semmilyen, sehol, bárki, bármi, akárki*) tartalmazott az elemzett korpusz. Mivel az előfordulások száma meglehetősen alacsony (a legkevesebb általános és határozatlan névmást, összesen 6 darabot, R. beszédében találjuk, a legtöbbet, összesen 92 darabot C. beszédében), ezért az adatokból levont következtetésekkel meglehetősen óvatosan célszerű bánni.

Névmások		Afáziás			Gyógyult		Kontroll
		Zs.	V.	R.	C.	K.	
Határozatlan névmás	vala-	36%	63%	0%	36%	42%	46%
	né-	8%	0%	0%	0%	0%	5%
<i>Határozatlan nm. összesen</i>		44%	63%	0%	36%	42%	51%
Általános névmás	mind(en)-	46%	11%	67%	47%	32%	30%
	se(m)-	10%	26%	33%	14%	25%	10%
	bár-	0%	0%	0%	0%	1%	6%
	akár-	0%	0%	0%	2%	0%	3%
<i>Általános nm. összesen</i>		56%	37%	100%	64%	58%	49%
Összesen:		<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

12. táblázat: A határozatlan és általános névmások előfordulása az egyes vizsgálati személyeknél

A táblázat adataiból jól látható, hogy meglehetősen nagy a szórás az egyes vizsgálati személyek eredményei között. V. kivételével minden vizsgált afáziás és gyógyult személy beszédében jelentősen több általános, mint határozatlan névmást találunk. A kontrollcsoport, vagyis a két terapeuta eredményeiben fele-fele arányban jelenik meg a két névmástípus. R. megnyilatkozásaiban egyáltalán nem találunk határozatlan névmást, és összesen 6 darab általános névmási elem fordul elő beszédében (ebből 4 a *mind(en)*-, 2 pedig a *se(m)*- névmás). Emellett feltűnő még, hogy mind az afáziás, mind a gyógyult vizsgálati csoportban a leggyakrabban használt három névmás – a *vala*-, *mind(en)*- és *se(m)*- előtagúak – teszik ki az előfordulások 98–100%-át, miközben a kontrollcsoportnál ez az arány csak 86%. A *mind(en)*- és *se(m)*- előtagú névmások jellemzője, hogy bár konkrét kontextusbeli referenciával nem rendelkeznek, univerzális kvantorként az egy adott halmazba tartozó összes elemre érvényesek, szemben a *né*-, *bár*-, *akár*- előtagú névmásokkal, amelyek egy adott halmazon belül (*né*- előtagú névmások) vagy egy referenciálisan meg nem határozott hatókörben (*bár*- és *akár*-) működnek. A kategóriába

(itt: halmazba) sorolhatóságnak az afáziás beszédre gyakorolt pozitív hatását a következő fejezetben mutatom be. Úgy tűnik ezt a tendenciát láthatjuk a határozott és általános névmások működésében is.

Összegezve megfigyelhető, hogy a tíznél többször, illetve a mind a hét vizsgálati személynél előforduló elemek a többi csoporthoz hasonlóan meglehetősen általános szemantikai tartalommal bírnak, amely jelenség alátámasztja a többi szócsoporthoz elemzése során írtakat.

4.4 Eredmények, következtetések

A hozzáférés és előhívás zavarait, valamint a gyakoriság és begyakorlottság kérdéseit kutató elemzésem eredménye – a vizsgált afáziásokra vonatkoztatva – azt mutatja, e folyamatok bizonyos jellegzetes utak mentén sérülnek, amelyek többé-kevésbé hasonló mintázatokat mutatnak az egyes afáziatípusokban. Disszertációmban megállapítom, hogy a hozzáférési út zavara adott beszélő esetében nem állandó és nem azonos mértékű, mivel erőteljesen befolyásolja a beszédhelyzet vagy az elvégzendő feladat. A hozzáférési út mellett a figyelem folyamatainak működése is meghatározója az emlékezetből való előhívás sikerességének. Ha elfogadjuk, hogy a figyelem módozatai között vannak automatikus és tudatos folyamatok, akkor az is nyilvánvalóvá válik, hogy e két folyamat típus között a mentális erőfeszítés nagysága húz határvonalat. Emellett összefüggést találunk az afázia súlyossága és a figyelem folyamatainak működése között is: minél súlyosabb az afázia állapota, annál valószínűbb, hogy az afázia személy csak egyetlen dolgot/feladatra képes a figyelmét fókuszálni.

Dolgozatomban a hozzáférés és az előhívás zavarai között elemzem a parafáziák és a perszeveráció kérdését, amely jelenségek a ko-textussal is kapcsolatban állnak. A perszeverációt a figyelem és memória folyamatok sajátos működésével magyarázom, amely tényezők szoros összefüggést mutatnak az afázia súlyosságával, de nincsen hatással rájuk a beszéd fluenciája. Noha a szakirodalom kevés figyelmet szentel a perszeveráció során végbemenő mentális folyamatoknak, dolgozatomban azt állítom, hogy a perszeveráció előfordulása nagyban függ a perszeverált szó előhívásának tudatos vagy tudattalan voltától. Vizsgálatomban megkülönböztetek belső (vagyis a beteg beszédében korábban előfordult) és külső (vagyis a beszélőtől független személytől származó) perszeverációt. Az elemzés során azt találtam, hogy a tudatos perszeverációk többnyire kompenzációs céllal jönnek

létre, míg a tudattalan perszeverációk beszédbe ékelődését az afáziás személyek többnyire utólag sem veszik észre. A parafáziák esetében a zavart elsősorban az információhoz való hozzáférés zavaraként értékeljük: a megfelelő, de nem elérhető elem helyett a páciens egy másik elemet produkál, amely a beszédben valamilyen szabályszerűség – fonológiai, vizuális vagy szemantikai hasonlóság – szerint jelenik meg.

A gyakoriság és a begyakorlottság jellegzetességeit feltárni igyekvő elemzésem megerősíti, hogy a hozzáférhetőség, a feltűnőség, a begyakorlottság, a gyakoriság és elsáncoltság kérdései szoros összefüggést mutatnak egymással. Elemzésem eredményeiből több következtetést is levonhatunk – természetesen annak szem előtt tartásával, hogy a vizsgálati személyek alacsony száma miatt ezek csupán megfigyelések, nem pedig az afáziás beszédre általánosan vonatkoztatható megállapítások. Ezen megfigyelések a következők:

- globális afáziában a leginkább begyakorlott, legmélyebb elsáncolt elemek maradnak csak hozzáférhetőek;
- az afázia súlyosságával összefüggést mutat a nagyobb gyakoriságú, illetve a begyakorlottabb elemek használatának előnyben részesítése: a súlyosabb sérülés több mélyebben elsáncolt elem produkciójával jár együtt;
- a megbetegedés óta eltelt idő befolyásolja a begyakorlottság, az elsáncoltság és a gyakoriság hatását azzal, hogy az eltelt idő alatt az újra előhívhatóvá vált nyelvi funkciók és elemek száma nagyobb, mint a frissebb megbetegedések esetében;
- a teljes spontán felépülés a beszédprodukciónak szempontjából részben csak látszólagos, számos tényező és funkció esetében az afáziás állapotban tapasztaltakhoz hasonló produkciós stratégiákkal találkozunk;
- a kontrollcsoport megnyilatkozásaiban mérhetően nagyobb a szavak változatossága, és kevesebb a szóismétlés;
- az afáziás személyek ezzel szemben előnyben részesítik az ismétlődő elemeket;
- a gyógyult vizsgálati személyek szintén gyakrabban alkalmaznak ismétlődő vagy konvencionális elemeket a kontrollcsoportnál, ennek egyik oka lehet, hogy az afáziás nyelvi zavarnak a nyelvi szinteket károsító része könnyebben és gyorsabban állhat helyre a nyelvi tervezés többi folyamatánál;
- a Wernicke afáziás személy alkalmazza arányaiban a legtöbb frázist és konvencionális kifejezést, amely eredmény egybevág a Wernicke afáziáról általánosan elfogadott tényekkel;
- mind az afáziás, mind a gyógyult, egykor afáziás beszédprodukciónak jellemző a kevesebb különböző elem gyakoribb használata;
- a konvencionalizált elemek és a frázisok az előhívás könnyűségénél fogva gazdaságosabban kivitelezhetők, amely összefüggést mutat előfordulási gyakoriságukkal;
- a diskurzusjelölő elemek kevés – fonológiai és mentális – erőfeszítéssel gazdag jelentéstartalom kifejezését teszik lehetővé, ezért előfordulásuk az afáziás beszédben magasabb az egészséges beszélők produkciójában tapasztaltaknál;
- a páciensek számára az entitások pontos specifikációja nehézséget jelent, amit az általánosabb vagy alapszintű kategóriák kifejezésével kompenzálnak;

- az afáziás beszélők megnyilatkozásaiban megjelenő főnévi alakokra mind a főnévvel referált entitás képszerúsíthetőségének mértéke, mind a főnévi alak összetettsége jelentős hatással van;
- az afáziás és a gyógyult személyek is a konkrét vonatkozással rendelkező, és/vagy a beszédshituációban jelen lévő dolgokat, személyeket megnevező főneveket (vagyis a képszerúsíthető főneveket, valamint a személyneveket) előnyben részesítik a nem dologszerű, elvont főnevekkel szemben;
- a főnevek alaki összetettsége szempontjából megállapítható, hogy az alanyesetű főnevek kifejezése jelentős könnyebbségnek tűnik afáziában;
- az afáziás állapot súlyossága összefüggést mutat az igék formai és jelentéstani összetettségével: minél súlyosabb egy afáziás állapot, annál inkább előtérbe kerül az egyszerűbb – pl. igekötő nélküli – igealakok alkalmazása;
- a meghatározható hatókörrel rendelkező általános névmások produkciója könnyebb a vizsgált afáziás és gyógyult személyek számára, mint a körül nem határolható névmási elemeké.

5. Kategorizációs folyamatok és sematizáció afáziás személyeknél

Ahogy azt az előző fejezetben bemutatam, legtöbbször még a súlyos globális afáziában szenvedő betegek is képesek az olyan konvencionális és begyakorlott nyelvi sémák produkciójára, mint az *igen, nem, nem tudom*. Emellett általában legalább az alapszintű kategóriák – vagyis egy-egy kategória legprototikipusabb elemei – is elérhetőek maradnak számukra. Ezzel párhuzamosan azonban sokszor még az enyhe tünetekkel rendelkező betegeknél is sérültek olyan alapvető és szintén konvencionális forgatókönyvek és tudáskeretek, mint például a reggeli rutincselekvések vagy a bizonyos tárgyak használatára vonatkozó tudás.

Állításom szerint egyes kategóriák, illetve kategóriaelemek zavarát, valamint a képi és gondolati sémák sérülését a fentebb (4. fejezet) tárgyalt nyelvi, nemnyelvi és más alapvető kognitív funkciók sérülésének egymásra hatásában, illetve ezen hatások összetettségében kell keresnünk. A gyógyulás folyamatában bizonyos funkciók könnyebben, mások nehezebben vagy éppen egyáltalán nem javulnak, így az afáziás állapot kezdetén fennálló kölcsönhatások később jelentősen változhatnak vagy akár meg is szűnhetnek. A nyelvi és a nem nyelvi sémák rendszerint nem egyszerre és nem egyforma mértékben sérülnek, mely jelenségnek az érintett agyterületekhez tartozó funkciókon túl oka lehet a páciens általános mentális állapota, valamint a betegséget megelőző állapota, amely magában foglalja a világról való tudásának, szociális helyzetének, tanult tudásának elemeit is.

5.1 A kategorizáció folyamata és mibenléte

A kategorizáció mechanizmusa egyike a legalapvetőbb kognitív képességeinknek: a világ dolgait, eseményeit, folyamatait, vagyis mindazt az információt, amelyet befogadunk, kategóriákba rendezzük (Tolcsvai Nagy 2011: 24). A kategorizáció ezért a világ megértésének elengedhetetlen feltétele. A kategóriák léte és tudása az ontogenetikus fejlődésben gyökerezik, amelyeket szimbolikus reprezentációként sajátítunk el a szocializáció során. Kategóriáink ezért csak részben univerzálisak, jellemzőik a szociokulturális és nyelvi meghatározottság is (a nyelv struktúrája által meghatározott kategorizációról, illetve a nyelvnek a gondolkodást befolyásoló szerepéről ld. bővebben pl. Gentner – Goldin-Meadow 2003). Tomasello megállapítása szerint a kategóriák a tárgyak,

fajtársak, események és a személyes tapasztalatok különböző aspektusainak megjegyzését, valamint emlékeink alapján a jövőbeli tapasztalatok előrevetítésének lehetőségét alapozzák meg (Tomasello 2002: 134). Mindebből következik, hogy a kategorizációval összefüggő kognitív folyamataink automatikus, nem pedig tudatos folyamatok (Lakoff 1987: 6). Eleanor Rosch a világ megismerését segítő kategóriákat perceptuális, szemantikai, biológiai, szociális, politikai, formális, és ad hoc célorientált típusokba sorolja (Rosch 2009: 43). Így tehát adódik a kérdés, vajon hogyan sajátítjuk el, hogyan tároljuk, és hogyan használjuk ezeket a kategóriákat.

Az emberi kogníciót alapvetően meghatározó kategorizációs folyamatok mibenlétéről és működéséről számos elmélet született, melyeket nem célok jelen disszertáció keretei között részletesen bemutatni. Dolgozatomban a prototípuselmélet és a pragmatikai megközelítések, valamint a funkcionális nyelvészeti megközelítés kategorizáció-elméleteit tekintem kiindulási alapnak (Bybee 2010; Croft – Cruse 2004; Evans – Green 2006; Geeraerts 2010; Kiefer 2000; Krug 2001; Lakoff 1987; Langacker 2005; Rosch 1978 és 2009; Taylor 1991; Tolcsvai Nagy 2011).

A kategorizációt mint alapvető kognitív folyamatot a neuropszichológiai kutatásokban is tanulmányozzák, elsősorban a sérült agy struktúrájában bekövetkező, bizonyos kategóriákra vagy kategóriaelemekre bizonyos mintázatok szerint ható folyamatokat vizsgálják (Koziol – Budding 2009; Monetta et al. 2003; Pulvermüller 2002). Kifejezetten az afáziás nyelvi tevékenységre jellemző kategorizációs folyamatok kutatása sem teljesen szűz terület a tudományban (Kimura 1993; Hough 1993; Lupyan – Mirman 2013), bár elsősorban a konkrét szemantikai kategóriák (pl. [+élő] [–élő]) szelektív sérülésének kérdésében készültek kutatások (Best et al. 2006; Mahon – Caramazza 2006; Pulvermüller 2002; Warrington – Shallice 1984; tanulmánykötet: Forde – Humpreys 2002; terápiás megközelítés: Whithworth 2005). A téma jellegéből fakadóan mind a kategorizációs, mind a sematizációs folyamatok vizsgálata az afáziás beszédben meglehetősen nehézségekbe ütközik, hiszen természetükből fakadóan nem nyelvi formában tárolt folyamatokat próbálunk nyelvi eszközökkel felmérni és magyarázni nyelvi zavarban szenvedő, de más kognitív deficitekkel is rendelkező személyek megnyilatkozásaiban. Ennek következtében mind a spontán beszéd elemzése, mind az irányított feladatokkal történő felmérés magában hordozza a saját buktatóit. A neurolingvisztikai afáziakutatásban a kategóriákkal összefüggésben többnyire a szemantikai deficit, a tároló- és előhívókapacitás sérülésének mértéke és módzatai adják a kutatás fő irányvonalát. Ezeket egészítik ki a kiváltott agyi potenciál mérésekkel dolgozó neuropszichológiai kutatások,

amelyek többnyire bizonyos kategóriapárok vagy a kategóriák hierarchiájának szelektív sérülését vizsgálják.

A kategorizációs folyamatok megfelelő működése hozzásegít az entitások közötti különbségek és hasonlóságok felismeréséhez, valamint ezek mentén segít csoportokba rendezni a megszerzett tudást (Evans – Green 2006: 248). Eleanor Rosch amellet érvel, hogy egy-egy kategória tipikus elemei (jó példái) tapasztalati tanulás során sajátítódnak el, ezért már az anyanyelvfejlődés korai szakaszában megjelennek (Rosch 2009: 43). Számos vizsgálat született ennek igazolására: eszerint a csecsemők és kisgyermekek képi sémákat alkalmazva tanulnak általánosítani, és az egyes entitások közti hasonlóságokat megtalálni (Oakley 2007: 225). Az, hogy az anyanyelv-elsajátítás korai szakaszában már jelen vannak a kategorizációs folyamatok, valamint hogy a kategóriák különbségek és hasonlóságok mentén szerveződnek, azt implikálja, hogy kategóriáink könnyen körülhatárolható, leírható egységek. Ezzel szemben a gyakorlatban azt látjuk, hogy adott tulajdonságok alapján is lehetetlen pontosan meghatározni egy – prototípusok alapján szerveződő – kategória határait, és gyakran nehéz megállapítani, hogy egy-egy entitás tagja-e az adott kategóriának vagy sem. A prototípus egy kategória „legjobb példája”, ezek az alapszintű elemek, vagyis azok, amelyeket az anyanyelv-elsajátítás folyamatában a leghamarabb megtanulunk (Tolcsvai Nagy 2001: 228). Az alapszintű kategóriaelemekre jellemző, hogy a nyelvhasználat során elsőbbséget élveznek a kategória más elemeivel szemben; azaz ezt az elemet nevezik meg először a nyelvhasználók, amikor egy kategóriát kell meghatározniuk (Rosch 2009: 46). Az alapszintű kategóriák egy kategória hierarchiájának középtáján helyezkednek el, amely hierarchia egyik végén a nagyon általános, másik végén az egészen specifikus elemek találhatók. Bár az alapszintű kategóriák szociokulturálisan meghatározottak, ezen belül is eltérések lehetnek a szociokulturális változók (pl. életkor, társadalmi helyzet) szempontjából. Míg a *betegség* kategóriájának legprototipikusabb eleme egy egészséges ember számára – ha hasonlóan egészséges emberek között él – nagy valószínűséggel a nátha, addig egy afáziás számára ez nyilvánvalóan az afázia, egy szívbeteget számára a szívbetegség...stb.

A kategorizáció folyamatának vizsgálatában tekintettel kell lenni arra, hogy az egyes kategóriák nem egymástól elszigetelten léteznek, valamint a kategóriák határai nem diszkrétek. Emellett nem mindegy az sem, hogy a kategorizáció mely szintjén vizsgáljuk a folyamat működését. Hiszen míg az alapszintű kategóriák begyakorlottságuk, általános jelentésük, valamint kiterjedt hatókörük miatt többnyire legalább részben épek maradnak

afáziás állapotokban is, addig a szubordináta, illetve szuperordináta kategóriák túlságosan általános vagy éppen túl specifikus jegyeik miatt sérültek lehetnek afáziában. Figyelembe kell venni továbbá a kategorizáció nem nyelvi aspektusait is: mivel ezen folyamatok elsősorban és nagyrészt nem nyelvi formában szerveződnek, nehéz egyértelműen megállapítani, hogy egy hibásan produkált kategóriaelem valóban az adott kategória sérülését jelenti-e, vagy pedig a hozzáférési út vagy a memóriefolyamatok zavarában kell keresnünk a probléma forrását. Bár a kategorizáció, illetve adott kategóriák sérülésének kérdését az afáziás nyelvi zavarban vizsgáló tanulmányok többnyire amellet érvelnek, hogy bizonyos kategóriák maguk sérülnek, dolgozatomban amellet foglalkozom állást, hogy a látszólagos egyértelmű kategóriasérülés helyett jóval inkább az emlékezeti, az előhívó és a nyelvi folyamatok zavarát kell látnunk. Ahhoz ugyanis, hogy teljes bizonyossággal kijelenthessük, hogy egy adott kategória (mint pl. a [+élő] [–élő] kategóriája) sérült-e, nem elég pusztán a vizsgált kategória néhány elemét megvizsgálni. Mivel minden kategória más kategóriákkal áll bonyolult kölcsönhatásban, egy kategória teljes kiesésének számos más kategóriában, illetve funkcióban is meg kellene nyilvánulni. Ilyen széleskörű vizsgálat elvégzése azonban számos módszertani és elméleti nehézségbe ütközik.

A kategóriába sorolás szorosan összefügg a – 4.3 alfejezetben részletesen is tárgyalt – gyakoriság kérdésével is, egyúttal előre vetíti az egyéni különbségek létezését, tovább nehezítve így az egyes szemantikai kategóriák zavart vagy ép folyamatainak elemzését. Véleményem szerint éppen ezért szinte lehetetlen olyan, kifejezetten egyes kategóriák sérülésére vonatkozó vizsgálatot készíteni afáziás személyekre vonatkoztatva, amely valóban releváns képet ad vizsgálatának tárgyáról. Az alábbiakban a kategorizációs folyamatok bizonyos jellegzetességeit kísérlem bemutatni a spontán beszédből származó korpusz alapján. A spontán beszéd vizsgálata a kategorizáció működésének vagy zavarának kérdésében azért hozhat releváns eredményt, mert a beteg nyilvánvalóan csak olyan elemeket fog spontán beszédében produkálni, amelyek elméjében rendelkezésre állnak. Még akkor is, ha nem feledkezünk meg a hozzáférési útnak az afáziás beszédprodukcióra jellemző zavaráról, az eredmények jelezhetik a sérült agyban tárolt kategóriák szerveződésének, struktúrájának jellegzetességeit.

5.2 A kategorizáció jellegzetességei afáziában

A fentiek ismeretében valószínűsíthető, hogy az afáziás beszédprodukción az alapszintű kategóriák nagyobb arányban jelennek meg, mint a kontrollcsoport megnyilatkozásaiban. Jelen vizsgálatban tehát – amely szorosan összefügg a gyakoriság és begyakorlottság jellegzetességeit feltáró elemzéssel – a kategorizáció alapfolyamatainak meglétét, illetve sérülésük mintázatait vizsgálom a korpusz alapján. Mivel a kategóriák – ezzel együtt pedig az alapszintű kategóriák – határai nem diszkrét, emellett nemcsak társadalmilag, de egyénileg is meghatározottak, ezért nem könnyű annak megállapítása, hogy egy-egy elem alapszintű, alárendelt vagy éppen fölérendelt kategóriának tekinthető-e. A kérdésben útmutatást adhat az adott elem szociális és társadalmi megjelenésének gyakorisága – amelynek meghatározásában a Magyar Nemzeti Szövegtár gyakorisági adatait vettem alapul –, valamint a vizsgálati személy egyéni beszédprodukcójában az adott elem gyakorisága. Nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a vizsgálati személy megnyilatkozásában előforduló leggyakoribb elemek között a társadalmilag és egyénileg is alapszintűnek számító kategóriaelemek találhatók többségben. Feltételezésem szerint ezek lesznek azok az elemek, amelyek minden vizsgálati személy beszédében egyaránt nagy számban jelennek meg. Ebbe a csoportba a leginkább sematikus, általános jelentéssel bíró elemek tartozhatnak. A szintén több előfordulást produkáló, de nem minden, vagy csak egy-egy vizsgálati személy produkciójában megjelenő elemek vélhetően azok, amelyek egyénileg jobban begyakorlottak, tehát az egyén számára valamilyen szempontból prototipikusnak számítanak, de a többi vizsgálati személy beszédében kevesebbszer vagy egyáltalán nem jelennek meg. Ezek lehetnek egyéni frázis- vagy szófordulatok. A specifikusabb, de általánosan ismert kategóriák közé tartozhatnak azok az elemek, amelyek a vizsgálati személyek többségénél megjelennek, de mindegyik személynél csak alacsony számban. Végül pedig a mind egyénileg, mind társadalmilag leginkább specifikus kategóriaelemek azok, amelyek csak egy-egy vizsgálati személy megnyilatkozásaiban jelennek meg, és ott is csak egy előfordulásban. Hipotézisem alátámasztására a fentiek alapján a gyakoriság és begyakorlottság vizsgálatánál létrehozott 5 csoportba sorolom a korpusz szóelőfordulásait.

Mielőtt részletesen elemezném az egyes szóosztályokat meghatározó kategorizációs jellemzőket, célszerű kijelölni a meghatározás alapját. Bár fentebb leszögeztem, hogy a kategóriák határai nem rigid, előre kész, változ(hat)atlan csoportok, ahhoz, hogy valamiféle következtetéseket vonhassunk le, bizonyos határokat mégis ki kell jelöljünk.

Ezért alapszintűnek, illetve prototipikusnak tekintem a legalább 6 vizsgálati személy megnyilatkozásában megjelenő elemeket. Megállapításom szerint ezek minél nagyobb gyakorisággal jelennek meg, annál prototipikusabb elemei kategóriájuknak. Emellett az egyéni produkcióhoz viszonyítva is mérem az egyes kategóriák, előfordulások arányait is.

Az összes szókategória esetén az előfordulások és az egyes vizsgálati személyek megnyilatkozásaiban való megjelenés darabszámai alapján – amely két tényezőt a kategorizációs folyamatban alapvetőnek tekintek – is érdekes adatokat kapunk. A 13. táblázat az afáziás személyek eredményeit, a 14. a gyógyult, a 15. pedig a kontrollszemélyek eredményeit mutatja.

Előfordulás	Frázis és konvencionális elemek			Diskurzusjelölő és mondatzó			Igék			Főnevek			Egyéb		
	Zs.	V.	R.	Zs.	V.	R.	Zs.	V.	R.	Zs.	V.	R.	Zs.	V.	R.
7	77%	48%	87%	74%	85%	84%	57%	51%	53%	27%	29%	8%	18%	31%	22%
6	5%	14%	5%	21%	7%	0%	17%	16%	7%	7%	9%	0,4%	22%	20%	17%
5	6%	14%	5%	0%	2%	8%	5%	8%	9%	11%	8%	6%	12%	13%	8%
4	8%	1%	1%	3%	2%	4%	3%	12%	3%	16%	12%	9%	13%	9%	18%
3	2%	6%	0%	0,4%	4%	0%	5%	6%	6%	12%	12%	16%	9%	12%	10%
2	1%	8%	1%	1%	0%	4%	7%	3%	8%	12%	12%	12%	15%	4%	8%
1	1%	9%	1%	0,4%	0%	0%	6%	4%	14%	15%	18%	49%	11%	11%	17%
Össz.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

13. táblázat: Előfordulási arányok az egyes szókategóriákban az afáziás személyek beszédprodukciójában

Előfordulás (hány vizsgálati személynél)	Frázis és konvencionális elem	Diskurzusjelölő és mondatzó	Igék	Főnevek	Egyéb
7	60%	70%	50%	11%	30%
6	12%	23%	13%	4%	10%
5	7%	3%	6%	8%	8%
4	6%	2%	4%	14%	14%
3	6%	2%	7%	20%	10%
2	4%	1%	9%	15%	10%
1	5%	0%	11%	28%	18%
Összesen	100%	100%	100%	100%	100%

14. táblázat: Előfordulási arányok az egyes szókategóriákban a gyógyult csoport beszédprodukciójában

Előfordulás (hány vizsgálati személynél)	Frázis és konvenc.	Diskurzusjelölő és mondatszó	Igék	Főnevek	Egyéb
7	59%	80%	43%	10%	18%
6	14%	15%	13%	5%	11%
5	8%	1%	7%	11%	10%
4	8%	1%	4%	13%	10%
3	3%	0%	6%	11%	15%
2	3%	2%	8%	9%	13%
1	5%	1%	19%	41%	23%
Összesen	100%	100%	100%	100%	100%

15. táblázat: Előfordulási arányok az egyes szókategóriákban a kontrollcsoport beszédprodukcójában

A három táblázat eredményei több következtetést is megengednek, ehhez célszerű az egyes kategóriák eredményeit külön megvizsgálni. Általánosságban elmondható, hogy az afáziás személyeknél minden esetben, a gyógyult személyeknél többnyire mérhetően magasabb arányban jelennek meg a nagy gyakoriságú elemek (amelyek 7, illetve 6 vizsgálati személynél fordulnak elő), mint a kontrollcsoportnál. Ez fordítva is igaz: a kontrollcsoport megnyilatkozásai között minden kategóriában jóval nagyobb arányban találunk egyedi, vagyis egy vagy két páciens beszédében előforduló elemeket.

5.2.1 Frázisok, konvencionális elemek, diskurzusjelölők és mondatszók

Mind a frázisokról, mind a konvencionális elemekről elmondható, hogy frazémává, illetve konvencionális kifejezéssé válásuk éppen azért következhetett be, mert a nyelvhasználók ezen elemek nagy gyakorisága, erős elsáncoltsága miatt kategóriájuk leginkább prototipikus elemeinek érezték azokat. A diskurzusjelölők– elfogadva a funkcionális megközelítések alapvetéseit – szintén nagy begyakorlottságú elemek, ám számuk a frázisokkal, konvencionális elemekkel vagy mondatszókkal ellentétben meghatározható. A frázisok és konvencionális elemek esetében azt látjuk, hogy a 7, illetve 6 vizsgálati személynél előforduló gyakori elemek, amelyek nagy valószínűséggel egyúttal kategóriájuk legprototipikusabb elemei, szignifikánsan nagyobb arányban jelennek meg az afáziás és a gyógyult személyek megnyilatkozásaiban, mint a kontrollcsoportéban. A diskurzusjelölők esetében látjuk az egyetlen eltérést ettől: a kontrollcsoport eredményei itt megegyeznek az afáziás csoport eredményeivel; azzal a kiegészítéssel, hogy a csak egy vizsgálati személynél előforduló elemek száma csak a kontrollcsoport beszédében mérhető.

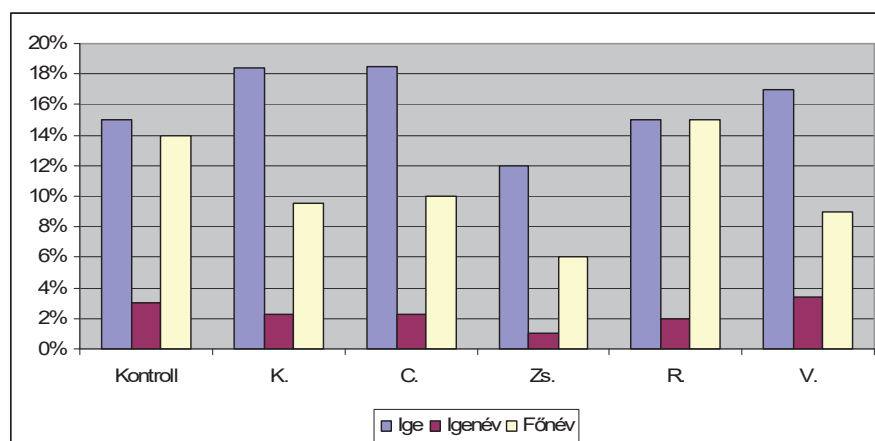
E jelenség magyarázata lehet, hogy míg a többi szócsoporthoz az elemek száma nem meghatározható, addig a diskurzusjelölők csoportja jól körülhatárolható, a csoportban található elemek száma véges.

5.2.2 Igék és főnevek

A nyelvi jelentéssel összefüggő akár produkciós, akár percepciós zavar egyértelműen rontja a kifejezni szándékozott fogalomhoz kapcsolódó kategóriák és sémák előhívásának valószínűségét, illetve korlátozza a sémák részletes kifejtettségének rendelkezésre állását is (vö. Szirmai 2010: 336). Mindez az igék és főnevek esetében jól vizsgálható. Általánosan elfogadott megállapítás, hogy a bal anterior területeken sérült motoros afáziások – különösen a Broca afáziások – számára nehezebb a cselekvések megnevezése, mint a bal posterior területek sérülését követő szenzoros afáziákban, amelyekben jellemzően a dologi entitások megnevezésében találunk látványos zavart. Ennek magyarázata lehet, hogy a főnevek prototipikusan konkrét dolgok nevei, amelyek ennek megfelelően elsődlegesen vizuális információt hordoznak. Az ige pedig mint prototipikus akciót kifejező szófaj, jobban kötődik a motoros sémákhoz, így a motoros agyterületek sérülése szükségszerűen vezethet az igeprodukció zavarához (Shapiro et al. 2007: 208).

Az igék és főnevek kategóriasérülésének elemzése előtt érdemes tisztázni, hogy mit tekintünk hibának, illetve grammatikusnak és agrammatikusnak; valamint hogy a megkezdett szavakat – mint aktivált, szemantikai tartalommal bíró elemeket – beleszámítjuk-e az eredménybe; hogy mit tekintünk főnévnek, és mit nem. Funkcionális szempontból – alaptételnek tekintve, hogy az afázias személy erőfeszítése a sikeres nyelvi tevékenységre irányul – a szemantikailag helyes, de szintaktikailag agrammatikus elemeket, a megkezdett és a kontextusba illő elemeket ugyanúgy beleszámítjuk a sikeres produkcióba, mint a szintaktikailag helyes és befejezett elemeket.

Az elemzés elején célszerű az egyes vizsgálati személyek beszédében előforduló igék, igenevek és főnevek arányát megvizsgálni, mivel ezen adat önmagában is beszédes lehet.



8. ábra: Az igék, igenevek és főnevek produkciója az egyes vizsgálati csoportokban

A táblázatból jól kirajzolódnak az afáziás személyek közötti feltűnő különbségek. Míg a kontrollcsoport 6 résztvevője között közel azonos eredményeket kaptam (az igék esetében 14–16% között, az igeneveknél 2,4–3% között, a főneveknél pedig 12–16% között szóródtak az eredmények), addig az afáziás csoportban nagy eltérések láthatók az egyes személyek között. A két gyógyult vizsgálati személy megnyilatkozásaiban a kontrollcsoport egyes beszélőjéhez hasonlóan megközelítőleg azonos eredményeket látunk. A gyógyult csoportban a kontrollcsoporténál jelentősen magasabb igeelőfordulási arányt látunk jelentősen alacsonyabb főnévprodukció, és valamivel kevesebb igenévi alak mellett. A fentebb végzett mérésekkel összhangban az anomikus afáziás R. megnyilatkozásai hasonlítanak arányaiban leginkább az egészséges beszélők megnyilatkozásaiban található arányokra azzal a különbséggel, hogy produkciójában nagyjából feleannyi igenevet találunk. A transzkortikális motoros afáziás Zs. megnyilatkozásában afázia típusának megfelelően az igei alakok redukcióját kellene látnunk, ezzel szemben azt találjuk, hogy – bár valóban ő produkálja a legkevesebb igt –, beszédében a főnevek aránya nála kiemelkedően alacsony. Ez az adat azonban önmagában megtévesztő. Zs. megnyilatkozásait hallgatva a hallgató egyértelműen érzékeli az igék nehezebb kifejezhetőségét és korlátozottságát. Az adatok és az érzékelés közötti különbség magyarázata az afáziás személy beszédében megjelenő rendkívül nagyszámú deiktikus elem, valamint a frázisok és konvencionális kifejezések szintén magas aránya. A szenzoros Wernicke afáziás V. megnyilatkozásaiban pedig az igék túlsúlyát látjuk a főnevek viszonylagos korlátozottságával szemben, amely adat megfelel a szakirodalom szerint „elvárt” eredménynek is.

a) Igék

Az összesen 729 különböző ige közül a 7, illetve 6 előfordulás kritériumának 66 ige felel meg. Ebből 61 ige fordul elő legalább tízszer. A 9 leggyakrabban előforduló ige mind a 7 vizsgálati személynél nagy számban fordul elő. Ezek: *van* (721), *mond* (311), *tud* (268), *kell* (181), *lenni* (105), *megy* (101), *lát* (98), *csinál* (94), *szeret* (87).

Mindhárom afáziás személy beszédprodukcójában összesen 31 különféle ige jelenik meg, míg a 729 igeelőfordulásból 480 egyáltalán nem fordul elő egyik afáziás páciens beszédében sem. A legkevesebb, azaz 1 vagy 2 előfordulást produkáló 505 ige közül 279 igekötős, azaz a legritkább igék 55 százaléka összetett alakú, és több közülük a hétköznapi beszédben meglehetősen ritkán fordul elő.

7 és 6 vizsgálati személynél megjelenő igék	1 vizsgálati személynél megjelenő igék ¹⁰
akar; csinál; dolgozik; elkezd; érez; figyel; hoz; jön; kell; lát; lenni; megy; mond; néz; szeret; szokott; szól; tanul; történik; tud; van; beszél; él; elmond; ért; gondol; hall; kap; kezd; lehet; megcsinál; megkérdez; megváltozik; megvan; mond; működik; nincs; próbál; segít; sikerül; tart; tesz; tornázik; vesz; van	átkonstruál; bedurran; azonosít; behabar; beleöszül; bosszant; csapódik; dumál; degradál; elgondolkodik; elkanyarodik; eltéveszt; evez; felidegesít; filozofál; fölbosszankodni; garantálni; görcsöl; hajlong; hozzááll; intézkedik; irritál; kántál; kaparászik; kiemel; kifakad; kíván; kontrollál; lecsap; lelép; lötyög; meghosszabbít; megünnepel; odaszorul; összeszid; provokál; rangsorol; reklamál; stimmel; szembesül; szétver; tanakodik, veszélyeztet

16. táblázat: A legtöbb vizsgálati személynél és a csak egyetlen vizsgálati személynél előforduló igék

A fenti 3 táblázat (13., 14. és 15.) igékre vonatkozó eredményeit, valamint a legtöbb, illetve legkevesebb személynél előforduló igék táblázatát (16.) szemlélve több óvatos következtetést is tehetünk a vizsgált korpuszra vonatkoztatva. Eszerint a több vizsgálati személynél (7 és 6 személynél) előforduló elemek nagyobb arányban jelennek meg az afáziás és gyógyult személyek megnyilatkozásaiban, mint a kontrollcsoportéban, és fordítva. Vagyis a csak egy vizsgálati személynél előforduló elemek száma a gyógyultság fokával arányosan nő: a kontrollcsoportnál jelentősen magasabb, mint a két gyógyult, valamint az anomikus afáziás személy beszédében, a szenzoros afáziás V. és a motoros afáziás Zs. megnyilatkozásai között pedig arányaiban meglehetősen kevés olyan elemet

¹⁰ Mivel összesen 505 olyan igét találunk, amely csak egyetlen személynél fordul elő, ezért véletlenszerű válogatással a legtöbb vizsgálati személynél előforduló igékkel megegyező számú igét választottam az alapvető különbségek demonstrálására.

találunk, amely a többi vizsgálati személy beszédében nem található. Az adatok emellett azt is jelzik, hogy a 7 és 6 vizsgálati személy beszédében megjelenő igék az afáziás páciensek beszédében gyakoribb elemek, mint a kontrollcsoport beszédében. Célszerű felfigyelni továbbá arra is, hogy a 7 és 6 vizsgálati személynél előforduló igék között számos olyan van, amely a betegségre, annak körülményeire, illetve a betegség következtében szükségessé váló tevékenységekre utal (pl. *tanul, beszél, elmond, ért, megkérdez, megváltozik, próbál, segít, működik, sikerül, tornázik*). Ha elfogadjuk a feltételezést, mely szerint egy-egy szó előfordulási aránya és mennyisége összefügg a kategorizáció szintjével (tehát a sok különböző személynél gyakran előforduló elemek alapszintű kategóriák, valamint minél kevesebb személynél minél kevesebb alkalommal jelenik meg egy-egy szó, annál kevésbé prototipikus/alapszintű eleme kategóriájának), akkor megállapíthatjuk, hogy a vizsgált afáziások nyelvi tevékenységében az alapszintű kategóriák, illetve egy-egy kategória prototipikus elemei jóval gyakoribbak, mint a kevésbé prototipikus elemek.

b) Főnevek

A teljes korpuszban 855 főnévelőfordulás található, amelyből 534 egyáltalán nem található meg az afáziás személyek beszédében, ami a főnevek 62 százalékát teszi ki. A főnevek vizsgálatánál első látásra is kitűnik, hogy míg a többi kategóriában jelentősen magasabb a több vizsgálati személynél előforduló szóalakok száma, addig a főnevek esetén igen nagy a szórás a vizsgálati személyeknél való megjelenés megoszlásában. Ebben a csoportban találjuk az afáziás személyek megnyilatkozásaiban a legtöbb, csak egyetlen beszélőnél megjelenő szóalakot. Mindössze 16 olyan főnevet találunk, amely 7 vagy 6 vizsgálati személynél fordul elő, ezzel párhuzamosan pedig jóval több, kevesebb személynél előforduló elemet látunk. A legkevesebb, vagyis 1 vagy 2 személynél előforduló főnevek száma 721, vagyis az összes főnév 84%-a. Ennek a többi kategóriához képest meglepően nagy aránya, 26%-a származik az afáziás személyektől.

7 és 6 vizsgálati személynél megjelenő főnevek	1 vizsgálati személynél megjelenő főnevek ¹¹
év; otthon; óra; K.; málna; L.; ember; szó; nap; hely; kérdés; probléma; név; dolog; élet	alaptétel, Allah, balesetveszély, biztosító, bortúra, diagnózis, dallam, emelkedő, eredet, féltékenység, főnök gubanc, hülye, joghurt, kánikulaidő, kísértő, küszöb, németjuhász, Pasaréti tér, szegfűszeg, SZTK,

17. táblázat: A legtöbb és a legkevesebb vizsgálati személynél előforduló főnevek

A minden vizsgálati személy megnyilatkozásában előforduló főnevekről megállapítható, hogy vagy általános jelentéstartalommal bír, azaz alacsony szintűnek tekinthető főnevek (mint a *dolog, élet, kérdés, ember, szó, név, hely*), vagy a megnyilatkozó közvetlen szociális környezetéhez, illetve a beszédhelyzethez kapcsolódó főnevek (mint az *otthon, K., L., málna*,¹² *probléma*) vagy időre, illetve időviszonyra utaló általános főnevek (*év, óra, nap*). Az mindenesetre jól látható, hogy nincsenek közöttük specifikus, vagy a beszédhelyzethez nem köthető főnevek.

Az igék csoportjához hasonlóan a főnevek között is nagy számban jelennek meg a betegséggel összefüggő, tehát az adott beszélőközösség – jelen esetben az egyesületi összejövetelen megjelenő személyek – számára prototipikus elemek. Ilyenek például az *Afázia Egyesület, afázia, afáziás, agyvérzés, ápoló, ápolónő, beszédprobléma, betegség, diagnózis, doki, egyesület, értelmi fogyatékos, esélyegyenlőség, félkóma, félreértés, gátlás, gyógyszer, hozzátartozó, infarktus, kerekesszék, klub, kommunikáció, közlés, kudarc, lelet, neuropszichológus, ORFI, Pető Intézet, rehabilitáció, rehabilitációs osztály, segítség, sérült, sorstárs, stroke, szakizé, szellemi fogyatékos, terapeuta, tünet, utókezelés, vizsgálat, beszédhibás, gyógytorna, kóma, logopédus, mentő, agy, villamosbaleset, baleset, kórház, OORI, nővér, szanatórium, vizitorna, beteg, vérnyomás, orvos, betű, betegség, műtét, siker, beszéd, probléma, logopédia, szó, torna*. Ezek a kifejezések összesen 410 alkalommal fordulnak elő, ami az összes főnévelőfordulás 17 százalékát teszik ki.

Szirmai megállapítása főnevek/tárgyak korlátozott megnevezésének oka az adott fogalmi kategóriára jellemző hierarchikus felépítése, amely nehézséget jelent a betegeknek (Szirmai 2010: 335). Mindez összhangban áll a fent bemutatott eredményekkel is: a hierarchia középtáján helyezkednek el ugyanis az alacsony szintű kategóriák, amelyek előhívása a legkisebb erőfeszítést igényli, míg a hierarchia két végén az erősen általános vagy az erősen specifikus elemek állnak. A főnevek esetében a hierarchia mindkét vége nehézséget

¹¹ A válogatás az igékhez hasonlóan itt is véletlenszerűen történt.

¹² Az egyik összejövetelre valaki egy nagy tál málnával érkezett, ezért a gyümölcsüzlet lett a fő téma.

jelenthet az afáziás beszédprodukción: a túl általános elem túl kevés információt tartalmaz az afáziás személy számára az azonosításhoz, a túlságosan specifikus elem pedig feldolgozhatatlanul sok(féle) adatot tartalmaz.

5.2.3 Egyéb szóosztályok

Az egyéb kategóriába sorolt szavak, vagyis melléknevek, határozószók, valamint a határozatlan és az általános névmás elemei az igékhez hasonló eredményt mutatnak. Vagyis mind az afáziás (40%, 51% és 39%), mind a gyógyult csoportban (40%) szignifikánsan magasabb a 7 és 6 vizsgálati személynél előforduló elemek aránya, mint a kontrollcsoportnál (29%). Ezzel összefüggésben pedig a kontrollcsoport beszédében magasabb a csak egyetlen vizsgálati személynél előforduló elemek száma. A 492 különféle kategóriaelem közül mindössze 22 fordul elő 7 vagy 6 vizsgálati személy beszédében. Ezek a következők:

7 és 6 vizsgálati személynél megjelenő melléknevek, határozószók és névmások	1 vizsgálati személynél megjelenő melléknevek, határozószók és névmások
valami, nagyon, hosszú, kettő, sok, minden, három, jól, mindenki, teljesen, jobb, semmi, több, fontos, finom, fiatal, nehéz, pontosan, egyedül, egyszerű, kicsi, nagy	alaposan, aktuálisan, árnyalt, ciki, csekély, elviselhető, flottul, hétköznapi, hivatalos, kegyetlen, képlékeny, mozgalmas, nemlétező, összeegyeztethető, rendes, rettenetes, széles

18. táblázat: A legtöbb és a legkevesebb vizsgálati személynél előforduló melléknevek, határozószók és névmások

A vizsgált elemekre úgy tűnik szintén igaz a többi csoport esetében tett megállapítás: vagyis a 7 és 6 vizsgálati személynél előforduló elemek általános jelentéstartalommal rendelkeznek, és konkrét referencia nélkül állnak. A csak egyetlen személynél előforduló elemek között túlnyomó többségben vannak a jelzői és határozói szerepben álló, tehát a megnyilatkozásban komplexebb szintaktikai szerkezet meglétét feltételező elemek.

5.3 Sematizációs folyamatok afáziában

Az emberi gondolkodást meghatározó sémák rendszerének vizsgálata a kognitív nyelvészeti kutatások egyik kiemelten fontos területe (ld. pl. Hampe – Grady 2005 tanulmánykötetét; valamint Oakley 2007; Tuggy 2007). Alapvetés, hogy a nyelvtan a

nyelvhasználat által motivált, nem pedig egyszerűen a nyelvhasználatból deriválódik (Evans – Green 2006: 115). A Lakoff által kidolgozott sémaelmélet szerint az ún. idealizált kognitív modellek (ICM) olyan komplex strukturális egységek, amelyek alapján gondolkodásunkat szervezzük. Ezek négyféle strukturáló elv mentén épülhetnek fel, úgymint a propozicionális szerkezetek – amelyek állhatnak egy egyszerű propozícióból, forgatókönyvből, tulajdonságok összességéből vagy hierarchikus felépítésű kategóriákból –; a képi-sematikus struktúrák; a metaforikus, valamint a metonimikus szerkezetek (Lakoff 1987: 68 és Cienki 2010: 177; Lakoff – Dodge 2005). A lakoffi és a langackeri sémafelfogás adja a funkcionális sémaelmélet alapját. Langacker megállapítása szerint az általa konstrukciós sémáknak nevezett egységek alkalmazása a nyelvi tevékenység folyamatában az egyik legáltalánosabb emberi képesség, amely számos variációs lehetőséget és nagyfokú rugalmasságot biztosít a nyelvhasználó számára (Langacker 2008: 161). Egy-egy séma mindig absztraktabb – csak az adott entitás lényegi információit tartalmazza –, mint aktuális instanciációja, amely a nyelvi tevékenység természetéből adódóan mindig konkrét (Tuggy 2007: 83). Langacker a sémák absztrakt tartalmát a jelentésteremtés folyamatában vázként határozza meg, amelyre az adott kommunikációs szituációban a konkrét kifejezési tartalmak épülnek (Langacker 2008: 168). A sémák hálózatokba rendeződnek, meghatározottságuk kognitív és szociokulturális alapú, így tehát szükségszerűen konvencionális (Langacker 2008: 216). Működésük alapvető eleme, hogy egy adott szituációban mindig más-más szinten jelennek meg, függően a mindenkori kontextus kifejtettségétől (Tuggy 2007: 83).

A sémák két legáltalánosabb megnyilvánulási formája a tudáskeret és a forgatókönyv. Míg az előbbi statikus, és egy entitásról vagy személyről való tanult és tapasztalati tudásunkat rendszerezi, addig az utóbbi dinamikus, időben és térben egyaránt meghatározott: egy-egy cselekvés vagy folyamat absztrakt szerkezetét tartalmazza. A sémák működéséről természetesen azok megvalósulása által tudunk képet kapni. Minél begyakorlottabb egy dinamikus forgatókönyv, egy statikus tudáskeret vagy egy konvencionális nyelvi fordulat, annál kisebb erőfeszítést igényel az előhívásuk. Kutatások bizonyítják, hogy a hétköznapi társalgások megértéséhez szükséges statikus kontextusok, vagyis a tudáskeretek információtartalma jobb félteke sérülteknél elszegényedik (Joanette et al. 2007: 286). Emellett úgy tűnik, hogy a jobb oldali lézió a szemantikai hálózat aktivációjában okoz zavart, amelynek következtében a begyakorlott kifejezések helyett olyan szavak kerülnek a beteg beszédébe, amelyek ugyan a várt kategóriába tartoznak, de kategóriájuknak kevésbé prototipikus elemei (Joanette et al 2007: 285). Joanette és

munkatársainak vizsgálatával összhangban Fortescue kontextuális szimmetria hipotézise szerint az egyes szavak és megnyilatkozások szemantikai profiljának létrehozásához szükséges sematikus kontextusok (vagyis tudáskeretek és forgatókönyvek) részben a jobb agyfélteke anterior területein tárolódnak (Fortescue 2009: 153). A sémák létrehozása és tárolása során a bal félteke frontális lebenyének asszociációs kérge a mikrofunkcionális (grammatikai), míg a jobb félteke szimmetrikus területei a makrofunkcionális (szemantikai/pragmatikai) elemeket szintetizálják egységgé (Fortescue 2009: 153). Ha tehát a gondolkodásunk sematikus szerveződésében a jobb félteke aktív részvételével számolunk, akkor valószínűsíthetjük, hogy a csak bal félteke sérült afáziásoknál a sémák többé-kevésbé épen maradnak.

Általánosan elfogadott vélekedés továbbá, hogy az intonációs egységként – tehát ritmikai vonatkozásában szintén részben jobbféltekésen – tárolt szólások vagy közmondások produkciója többnyire kevésbé megterhelő a betegek számára. A metanyelvi funkciókra utaló kifejezések, az egyénre jellemző berögződött szófordulatok, a hétköznapi kommunikációban gyakran alkalmazott konvencionális kifejezések esetében szintén jobb eredményekre számíthatunk. Hasonlóan jó eredményt várok a mélyen rögzült statikus tudáskeretek működésében, de a forgatókönyvek működését ennél rosszabbnak tételezem azok komplex szerveződése miatt.

5.3.1 Tudáskeretek

A tudáskeretek a világról való tanult és tapasztalati tudást, a szociális viselkedés normáit, a tárgyak és entitások funkciójának és fizikai tulajdonságainak ismeretét tartalmazzák. A tudáskeretek jellegük szerint statikusak. Huber és munkatársainak megállapítása szerint az afáziások betegségüktől függetlenül megőrzik tanult ismereteiket, emlékeiket, valamint a szociális viselkedésre vonatkozó tudásukat (Huber et al. 2006: 19). További segítség az afáziások számára, hogy a szociális interakciókhoz szükséges kontextusok és várható tartalmak bizonyos elemeit az afáziában is épen maradt jobb félteke tárolja. Joannette és munkatársainak fentebb is hivatkozott vizsgálata szerint jobb félteke sérült betegeknél az elbeszélő diskurzus információtartalma jelentősen elszegényedik, a betegek emellett gyakran nem képesek a mindennapi szociális kihívásokkal megbirkózni, reflexióik pedig gyakran inkoherensek (Joannette et al. 2007: 286).

A vizsgált korpusz elemzése során láthatóvá vált, hogy az agyi történés után közvetlenül az afázia típusától függetlenül a nyelvi funkciókkal együtt az addig jól ismert

és minden nap használt tudáskeretek is sérültek (pl. Mire jó a szemüveg? Hogy néz ki a rántott hús? A levest villával vagy kanállal kell enni?). Az alábbi példa ezt a jelenséget illusztrálja, amelyben a két gyógyult vizsgálati személy mesél a többieknek a sérülés után közvetlenül velük történekről.

- (11) C.: Álltunk a tojással, tojás van, de az mire való? És néztük, hogy mi legyen. A K. mondta, hogy szétveri. Föl... Mit akartál csinálni?
K.: Igen, mert nem tudtam, hogy mi ez, de olyan olyan annyi arra emlékeztem, hogy valahogy olyan kis lágy és olyan lötyilötyi, és gondoltam, hogy odacsapom, és hátha abból jobban lejön, hogy mi ez.
C.: És én is emlékszem rá, hogy mindig néztem, hogy de mi lehet ez és mit kellene ezzel csinálni?
K.: Két hónap után és akkor palacsinta [*heuréka hangsúllyal*], ettünk mindig palacsintát. Palacsinta! Csináljunk! Igen. Addig semmi.

Abban mind a gyógyult személyek, mind az afáziás személyek egyetértettek, hogy a világról való tudásuk ezen területei voltak azok, amelyek még a nyelv és nyelvtan részleges vagy teljes javulása előtt visszaálltak.

A korpuszból származó alábbi feladat elemzésével a benne előhívott tudáskeret működéséről tehetünk néhány megállapítást. A térkép segítségével végzett feladat a megfelelő tudáskeretek és kontextusok mozgósításán túl a téri tájékozódás és a mentális forgatás vagy helyhez kötés működésére is utalhat. A beszédértési nehézséggel, és az összerendezett beszédprodukcióra való képesség hiányával küzdő Wernicke-afáziás V. számára a feladat tartalmilag nem, csupán a kivitelezésben okozott nehézséget. Félkövérrrel emeltem ki a tudáskeret épségére utaló megnyilatkozásokat.

- (12) T1: A nyugati határ felé, még nem mondtunk.
V.: Igen, igen a ez jó, jó. Ami, várjá, értem. **Bal oldalon, fönt, [*ti. Magyarország térképén*] utána külföldre mennünk át.**
T1: Igen.
V.: Pö.
T1: De nem azzal kezdődik.
V.: Pos.
T1: Sss
V.: Pös
T1: Az középén van benne. Az elején van egy s. (...)
V.: Csak kimondanom nekem a szót. Pos, várjá. Mos-kolc. Nem tudom.
Vá[r]já.
T1: So-pro...
V.: Ja sza. Miskolc, nem.
T2: Nézzen ide, V., So
V.: So. Sokloc. Sopronc. Soproc. pr.

A következő példában is látható, hogy az afáziás személy (V.) tisztában van a feladatban szereplő város (Szeged), és a perszeverációként megjelenő másik város (Pécs) jellemzőivel:

- (13) V.: Jaa, várjál. Az is jó, **az országnak a** [*mutatja a kezével a Tisza vonalát*] **legvégén mennek.** Ee régen használják úgy. (...) I-Ide ezt ő értem, nem tudom a szót kimondanom.
 T1: Ott is finom a halászlé. (...)
 V.: Pécs. Pécs?
 R.: Nem.
 V.: Nem jó.
 T1: A másik oldalon van. Szép domb van ott.
 V.: **Tudom, a közepe van a helyén.**
 T1: A közepén.
 V.: **ott mondják az embert évek óta.** [*sokat nyaraltak ott*] (...)
 T1: Sz sz sz.
 V.: Ssssszzz.
 T1: Sz sz Sze.
 V.: Pécs? Az nem jó.
 T1: Pécs? Az is jó, de az nem.
 V.: **De az más, az nem erre.**

Az irányított feladatokon kívül a spontán társalgásokból is idézhetünk néhány példát, amely a tudáskeretek épen maradására utal. A következő példában éppen egy doboz málnát esznek a résztvevők, ennek kapcsán kezdenek beszélgetni arról, hogy ki milyen gyümölcsöt szeret.

- (14) Zs.: Nem szeretek ebből sokat enni.
 C.: Nem szereted?
 Zs.: Nem akarok sokat enni. Finom, de sokat nem.
 C.: Félsz a következményeitől. (*nevet*)
 Zs.: Igen. Jó, jó, finom, de nem szeretek sokat.
 T1: Miért?
 Zs.: Mert, hát ez ez ez nem tudom, nekem ez (*a málnás dobozra mutat*) olyan nem nem.
 T1: Melyik gyümölcsöt kedveli?
 Zs.: Kedvelem? Eper.
 T1: Ó, hát annak mostmár lassan vége.
 Zs.: Málna...
 T1: Ez málna.
 Zs.: Nem málna. (*legyint, hogy nem azt akarta mondani*) Nem málna, na.
 T1: Várunk, várunk, másikat. Az eper, az finom, aztán még melyik finom? A meggy?
 Zs.: (*ingatja a fejét*) A meggy is jó, de akkor hogyha egészen sötétre engedik, szóval...
 T2: Már majdnem édes akkor.
 Zs.: (*bólogat*) Egész egész ss... fekete.

Bár az idézett diskurzusrészlet végére Zs. nem tudja produkálni kedvenc gyümölcsének nevét, az azonban nyilvánvaló, hogy tisztában van az egyes gyümölcsökhöz tartozó tudáskeretekkel (a málna hajt; a meggy akkor jó igazán, amikor szinte fekete). Szándékolt

produkciójában láthatóan őt is gátolják az azonos kategóriába (gyümölcs) tartozó más elemek megjelenései.

A példák azt mutatják, hogy a tanult és empirikus ismereteket tartalmazó tudáskeretek aktiválása során az afáziás betegek többnyire jól teljesítenek. A munkamemória deficitje (erre utalnak a „beszorult”, perszeverált elemek), valamint az azonos kategóriába tartozó elemek egyidejű aktiválása mind a szenzoros afáziás V., mind a motoros afáziás Zs. megnyilatkozásaiban nehézséget okoz. Úgy tűnik azonban, hogy ez elsősorban produkciós nehézség, mivel a végrehajtás során egyértelműen kiderül, hogy a beteg tisztában van a produkálni szándékozott fogalomhoz tartozó tudáskerettel, és birtokában van a tanult vagy saját tapasztalatból származó ismereteknek.

5.3.2 Forgatókönyvek mint a hétköznapi élet kapaszkodói

Fortescue a forgatókönyveket és azok működését magas szintű konceptuális szerveződésként írja le (Fortescue 2009: 11). A dinamikus, és ezért összetettebb mentális tevékenységet igénylő forgatókönyvek kisebb-nagyobb zavara a legtöbb betegnél még hosszú idővel az agysérülést okozó esemény után is fennáll. A szintén begyakorlott, mindennapos tevékenységek újratanulása nagy erőfeszítést igényel annak ellenére, hogy ezen tevékenységek a szocializáció igen korai szakaszában is jelen vannak már. A napi rutinnal összefüggő cselekvések forgatókönyvei (pl. elalvás/felkelés előtti/utáni rutincselekvések; főzés; evés; vásárlás és fizetés a boltban), teljesen „szétestek” a vizsgálati személyek elméjében, és bár bizonyos foszlányokat fel tudtak idézni az adott forgatókönyv jeleneteivel vagy eszközeivel kapcsolatban, nem tudják azt egységgé szintetizálni. E jelenség a vizsgált személyeket afáziatípustól függetlenül érinti, és ugyanúgy igaz a gyógyult páciensekre, mint az afáziás személyekre. Emellett a vizsgált személyeknél különbség van a szenzoros és motoros afáziában megvalósuló sérülésben. A szenzoros afáziákban szenvedő két páciens (V. és R.) arról számolnak be, hogy vagy egyáltalán nem tudnak mit kezdeni egy-egy begyakorlott forgatókönyv alapján zajló rutincselekvéssel, vagy ha érzékelik is annak elemeit, nem tudják az elvégzéshez szükséges helyes sorrendbe állítani azokat.¹³ A motoros afáziás Zs. ezzel szemben magának a cselekvés kivitelezésének nehézségéről számolt be. Mindez összhangban áll a motoros és a szenzoros agyterületeket érintő sérülések jellegzetességeivel. Az alábbiakban ezt a különbséget igyekszem bemutatni egy-egy példán keresztül.

¹³ R. esetében e jelenség már nem áll fenn, betegsége korábbi szakaszára volt jellemző saját elmondása szerint.

- (15) V.: Benneteket és akkor kezdtem volna segítenem. És azt az zavart ugyan értettem de közben hát lassan lassan kell mer a nagyakja itt a tetején vannak ilyen a (...) A... a... t..tojás. most tanultam tojás.
 C.: Valaminek a tetején volt?
 V.: A tojás... nem egy kis...
 C.: Zsír? Zsír vagy olaj.
 V.: Olaj, olaj. Egy kis hagyma, és uta a akkor leggye (...)
 C.: Bundás kenyér? (...)
 V.: Igen igen. (...) és utána akkor volt hogy ezeket próbáltam pëndem este amikor ezt csináltam és utána akkor láttam hogy hát nem nem mostan hagynam hulon és majd én csinálom utána folytatom az ülen ez nekem olyan tasz szám érted hogy segíten segítenem most majd megsegítenem ott voltam már
 C.: Annyira szeretnéd te csinálni.
 V.: Hát egy lánynak is meg az hogy már négy éve ott vagyok, soha nem csináltam még ilyeket bár nagyon kellne nekem me mos nagyon lassú kellne lenni. Nekem sajnos hosszabbat kell gondolkodnom és szerettem volna segíteni ezem Péteremnek illetve nem Lajosomnak és hogyha ezt nem csináltam nekem ezt segíteni.

A Wernicke afáziás V. a példában arról mesél, hogy nem tud/tudott főzni, mert nem tudja alkalmazni a főzés forgatókönyvét, mert csak egyes részletekre emlékszik, nem tudja azokat a végrehajtáshoz szükséges formába összerendezni. A motoros afáziás Zs. ezzel szemben, amikor társai kedvenc szórakozásáról kérdezik, csak segítséggel tudja vázolni azt úgy, hogy végül a forgatókönyv elemei egyáltalán nem állnak össze.

- (16) C.: Mit szerettél, mi a kedvenc szórakozásod?
 Zs.: Szórakozásom? Én öö.. öö.. szóval bejött az e... az ember bejött hozzám egy *(egyét mutat)*, meg én *(még egyét mutat)* és akkor úgy ketten és ott voltunk benn egy szobába mi így.
 C.: Nálad?
 Zs.: Nálam, nálam *(bólogat)* egy szobába, ami tulajdonképpen egy... tar... egy tajték
 C.: Taj?
 Zs.: *(rázza a fejét)* Nem tajték, nem. Öööö...
 C.: Ez a tornavalami?
 Zs.: Igen, igen, az! Tulajdonképpen az Alexanderen csináltam, nem Alexander, hanem a... Nem Alexander, hanem...
 C.: De, az, nem?
 Zs.: Alexander *(heuréka mozdulat C. felé)* na, Alexander.
 C.: Azt tudjátok már? Hallottátok? Mert őneki van egy ilyen.
 Zs.: Ezt és ilyen. Ott. És mindig otthonról a róla aaa... ez folyamatos volt ezzel kapcsolatos végülis ami... ami a baj, nem tudom mikor lesz ebből több, ebből egy kilenc-tíz év telt el.

A társalgásból egy idő után nyilvánvalóvá válik, hogy Zs. nem egyszerűen nem képes a megfelelő fogalmak vagy tevékenység megnevezésére, de valójában nem emlékszik arra, hogy hogyan zajlik az általa említett torna.

A következő példában pedig a napi rutin újratanulásának módszerére láthatunk egy példát:

(17) K.: Megyek lefeküdni, és mindenkinek azt mondom, hogy jó éjszakát kívánok. És mindenkinek oda kell menni, hogy jó éjszakát kívánok. Reggel kezdjük, hogy jó reggelt kívánok. Milyen az idő? És és így kellett magammal beszélgetni. Ezt csinálom, fölkeltem, jó reggelt kívánok, milyen az idő, és a gyerekek így néztek. Huhú. De nagyon hasznos, nagyon hasznos volt.

A forgatókönyvek újratanulásának nehézsége azért is különösen érdekes probléma, mert a fentebb is idézett kutatások eredményei szerint az ezek működéséhez szükséges szociális kontextust a jobb félteke tárolja (Fortescue 2009: 153), ami az afáziásoknál általában ép marad. Az alapvetően nem nyelvi zavar magyarázatát – a tudáskeretek többnyire átmeneti sérüléséhez hasonlóan – minden bizonnyal abban kell keresnünk, hogy a forgatókönyvek aktiválásához és végrehajtásához szükség van mind a frontális lebenyben tárolt cselekvési és döntési mintázatok aktiválására, mind számos szenzoros és kinetikus funkció aktiválására is, amelyek közül legalább egy tényező szinte biztosan sérült.

Az általánosabb társadalmi és kulturális kódoltságú forgatókönyvektől meg kell különböztetnünk azokat a szintén forgatókönyvbe rendezett ismereteket, amelyek legtöbbször még igen súlyos afáziákban is épen vagy viszonylag épen maradnak. Ilyenek az egyéni és családi szokások vagy a társas viselkedés alapszabályai (Szirmai 2010: 336). Bár Jakobson elméletét – mely szerint az anyanyelvvelsajátítás és az afázia állapot inverz folyamatok – többnyire meghaladottként tartják számon, mégis valószínűsíthető, hogy egy-egy információ megmaradását nagyban elősegíti a szocializációs folyamat legelső, legszűkebb keretében (család) történt elsajátítása.

5.3.3 Konvencionalizált nyelvi elemek

a) Konvencionalizált nyelvi kifejezések, frázisok

Langacker a feltűnőség és hozzáférhetőség kérdésével kapcsolja össze az egységként tárolt bonyolult szintaktikai szerkezeteknek a nyelvi folyamatokban betöltött szerepét: eszerint ha egy ilyen szerkezet egységként tárolódik, akkor megszűnik az egyes alkotórészeinek feltűnősége, a beszélőnek nem kell azokat egyenként felismerni, illetve azonosítani (Langacker 1987: 59). A gyakoriság és begyakorlottság kérdéseinek elemzése során a hétköznapi kommunikáció során kialakult konvencionalizált nyelvi kifejezéseket

vizsgáltam, míg itt azt elemzem, hogy a szólások és közmondások intonációs egységként tártolt volta hogyan járul hozzá a sikeres produkcióhoz. Ehhez a vizsgát korpusz egyik logopédus által irányított feladatának megoldási stratégiáit elemzem. A logopédus jól ismert szólások és közmondások elejét adta meg papíron egy-egy afáziás személynek, akinek a szólás vagy közmondás befejezése volt a feladata. Bár a feladatot vezető terapeuta egy szólást vagy közmondást csak egy betegnek adott, a feladat megoldása során mindegyikről társalgás alakult ki, így a vizsgálati személyek (afáziás és gyógyult) átlagosan három-négy közmondáshoz szóltak hozzá úgy, hogy válaszaik elemezhetővé váltak.

Az alábbi példában megfigyelhető a közmondás egységként való működése: ahol az egyik afáziás személy átveszi a szót a segítségére siető másik afáziástársától, láthatóan működésbe lépnek az egységet összetartó intonációs, ritmikai és fonológiai erők, miközben a beteg nem tud szabadulni a *reggel* kifejezéshez kapcsolódó tudáskerettől, amely a munkamemóriáját erősebb hatásként foglalja le, mint a közmondás egység volta.

- (18) R.: Aki
 V.: Ha-ki k ke .. kóó ááz
 R.: korán
 V.: kel. Reggel korán kel, és öö és ö hogy mondják kimondani? A szavakat kimondani a szavakat megérteni. Na. Aki kimer kime kive kimá
 R.: korán
 V.: ke kent
 R.: kel
 V.: kel, kel
 R.: a
 V.: nya, regge reggel, ke ked korán kel.
 R.: aranyat lel.
 V.: De... megtanulom a beszédet vásá mindent csinállok. Karan kel, karán kel
 R.: aki korán
 V.: kel kel
 R.: Ki korán kel, a...
 V.: reggel korábban (...)
 R.: Aranyat lel.
 V: korán kel, cs korán kel hal. Értettek. Me' ilyenkor reggel tornázni, illetve mozogni ez ezt i t ag eg nagyon gondolom ezt megérteni beszélgetni korábban kel mint későbbben korán hogy mondják ezt érte értem hogy mit kell beszélni. Kel, sokat tanul a sokat tanulni vagy tanítani vagy olvasni ö például. Vagy. Aki korán kel, reggel tornászhat.

A közmondások produkciója során úgy tűnik, hogy a vizsgálati személyek közül csak a gyógyult személyek azok, aki ezen frázisok értelmét is biztonsággal meg tudják határozni. Azok a betegek (Zs., illetve L.), akik hibátlanul befejezik az egyes közmondásokat, nem tudják meghatározni azok jelentését. Esetükben minden bizonnyal az intonációs és ritmikai

egység nyomja el a munkamemóriába kerülve a jelentésre, illetve a közmondáshoz kapcsolódó konnotációkra vonatkozó kifejezéseket.

- (19) L: Kicsi a bors, de erős.
T1: Igen! L., ez mit jelent? Mikor mondjuk?
L: Kicsi a bors, de erős. Ide vele, többi részét is.
T1: Mit?
L: Kicsi a bors, de erős. Baromi erős. Kicsi a bors, de erős.

A két gyógyult vizsgálati személytől származó, csak többszöri próbálkozásra sikerült megoldások szintén meglepőek, hiszen a hipotézis alapján azt vártuk, hogy e feladat megoldásában a fent kifejtett okok miatt tőlük biztosan jó teljesítmény várható.

- (20) C.: Ma amit megehetsz, ne halaszd...
T1: Még egyszer.
C.: Amit ma megehetsz, ne hagyd...
T1: Halaszd
C.: Ne halaszd
T1: Hol
C.: Holnapra?

- (21) K: Ki mint veti ágát, úgy... mint az ág... ja igen. Ki mint veti ágát, úgy alussza álmát. (...)
C.: Jó, mi, még egyszer mondjad! Nekem, énnekem.
K: Ki mint veti ágát, úgy... mit mondtam?
C.: Úgy alussza álmát.

Ezt a jelenséget egészíti ki a nagy általános műveltséggel és széleskörű ismeretekkel rendelkező anomikus afáziás R. kudarcba fulladt megoldása is:

- (22) R: Az ígéret szép szó, ha meg ha ...
C.: Ha?
R: Az ígéret szép szó, ha ...
L: megtartják, úgy jó.
R: Igen.

A feladatmegoldások során azonban megfigyelhető, hogy R. csak abban az egy esetben nem tudta produkálni a közmondást, amikor rá került a sor, azaz célzott feladatmegoldással került szembe. A többi esetben hibátlanul befejezte a közmondásokat, és kreatívan segítette társait. E jelenség (C., K. és R megoldása) megerősíti azt a fentebb már megállapított jellegzetességet, hogy a célzott előhívás zavara a hozzáférés zavarával együtt nagy valószínűséggel eredményez produkciós zavart.

A feladatban feltűnő az elkezdett közmondások befejezésének meglepően alacsony sikeressége mind az afáziások, mind a gyógyult személyek próbálkozásaiban. A hibátlan befejezéseket produkáló egyetlen afáziás személy, L. – akinek eredményeit itt részletesen nem vonom be a vizsgálatba –, 4 közmondást „oldott meg”, miközben a jelentésüket egyáltalán nem tudta megadni, a „mit jelent?” kérdésre válaszként repetitíven az adott

közmondást ismételgette. A jelentések meghatározásának képtelensége összefüggésben lehet az afáziások viszonylag rossz teljesítményével, amit a nem szószerinti jelentést tartalmazó megnyilatkozások megértésében nyújtanak.

Noha azt várhattuk, hogy a minél gazdaságosabb kifejezési formákat előnyben részesítő afáziások számára az egységeként tárolt nyelvi kifejezések minden esetben egyértelműen könnyebbséget jelentenek, elemzésem mégis azt mutatja, hogy ez a feltételezés csak részben igazolódik be. Az idiómák, közmondások és szólások ennek ellenére meglehetősen kétarcú jelenségnek tűnnek. Begyakorlottságuk miatt könnyűek lehetnek, ám éppen konvencionális természetük nehezítheti meg befogadásukat, hiszen a befogadó személynek tisztában kell lennie a megértéshez szükséges konvenciókkal (Papagno 2004: 226).

b) Az egyéni szófordulatok és a metapragmatikai tudatosság kettős arca

Szinte nincs olyan afáziás személy, akinél az afázia súlyosságától függetlenül ne maradtak volna épen bizonyos, a köznapi beszédben gyakori vagy az egyén nyelvhasználatára a megbetegedés előtt jellemző szófordulatok. Ez a jelenség a beteget jobb állapotúnak láttathatja, holott ezek a többnyire pragmatikai szerepet betöltő kifejezések leginkább tudattalanul – a perszeverációhoz vagy a parafáziákhoz hasonlóan –, automatikus folyamat eredményeként kerülnek a beszédbe, nem ritkán úgy, hogy a beteg észre sem veszi azt. Az egyénre jellemző szófordulatok az egészséges beszélők spontán beszédprodukciónak is megtalálhatók. Ezek kevéssé vagy egyáltalán nem kontrollált kifejezések, amelyeket vagy észre sem veszünk, vagy sokszor csak akkor, amikor már kimondtuk azokat. Minden afáziás beszédprodukciónak találunk olyan, a személyre jellemző egyéni szófordulatokat, amelyek fonológiai és grammatikai szempontból is kivétel nélkül hibátlanul hangzanak el bármilyen kontextusban.

A vizsgált korpuszban a globális afáziás M. beszédében is egy ilyen konvencionalizált nyelvi elem (*nem tudom*) az állandóan visszatérő elem, amelynek a páciens megnyilatkozásaiban különböző, a beszédshituációval összefüggő jelentéstartalmakat tulajdonít, amelyek azonban a hallgató számára nem mindig dekódolhatóak. Emellett a beszédében a *nem*, *sem*, *igen*, *jó* szavak találhatók meg fonológiaiilag is helyes formában. Megnyilatkozásaiban a *nem tudom* fonológiaiilag gyakran eltorzul, bár minden esetben felismerhető marad. Az alábbi példában megfigyelhető a

kifejezés sokrétű használata, miközben a beteg láthatóan igyekszik a témához szemantikailag is illő adekvát megnyilatkozást tenni.

(23) T1: Lesz sütés, és jön a család.

M.: *(igenlő gesztus)* óó, igen *(magára mutat)* hosszá

T2: Magukhoz, hozzánk, ez a beszéd, hozzánk.

M.: Igen, igen *(bólogat)* igen, sset, szet tudtukko. Igen, tééssemtudom *(magyarázó intonáció és pantomimikus gesztusok, jelenetet próbált vele mutogatni)* késső tuttom, igen. Nnem tudom. szeredzősza.

T2: Szerencs utca?

M.: Igen, igen. *(bólogat, majd gondolkodik és rázza a fejét)* Nő a ne a ne, sszem tutom. Igen, szé tutom. sszem tudom. Igen, tó szem *(balra mutat, majd jobbra a feje mellett)* kétömröte.

T2: Kalapja vagy glóriája van valakinek?

M.: *(nevet)* ja jajajaj, neee, ne gyekeke, *(fejére mutat)* te tudo kéé sem tudom.

T2: Nagy haja van?

M.: Ige, igen, nem nem, ssse, *(körbe mutat a fején, majd nemet int a fejével, és a mutatóujját tagadólag rázza)* nóó nóó sszetutom. Neem tudom. Óóóze.

Többnyire meglepően kifejező, és a kontextusban legtöbbször adekvát gesztikulációiból arra következtethetünk, hogy a beteg nincs tisztában súlyos nyelvi korlátozottságával: automatikusan produkált szavai *(nem tudom; sem tudom)* minden bizonnyal belső beszéde meghangsúlyozása helyett állnak.

Noha az automatizmusok használatának jelensége mind az egészséges, mind az afáziás beszédre jellemző, mégis egy nagyon fontos különbséggel kell számolnunk. A normál spontán beszédben gyakran megfigyelhető, hogy ha az adott személyt zavarja a saját „szavajárása”, és változtatni akar rajta vagy éppen kikerülni azt, akkor a változtatni akarás igénye még az egészséges személy számára is fokozott figyelemmel és erőfeszítéssel jár. A tudatos nyelvi tervezésnek ez a formája az afáziás személyekre egyáltalán nem jellemző, beszédprodukciónkból hiányzik az erősen konvencionalizált elemek tudatos használatának irányítására való képesség. A korpuszban szereplő egyik gyógyult egykori páciens – akinek normál spontán beszédprodukciónban egyáltalán nem érezhető korábbi afáziájának tünete – erről így számol be:

(24) Van egy olyan betegségrészem, amiről én nem tudok, tehát én ebben nem tudok, én ezen nem tudok segíteni. Tehát mostani újabb vitánk, az egyik ilyen vitánk az volt, hogy mindig elmondom, és most nem tudom megismételni azt a mondatot, pedig lehet, hogy itt is elmondom, thát valamilyen mondatot, hogy 'jóvanakkor ne veszekedjünk' vagy valami ilyesmi, asziszem ezt mondom neki. És azt mondta, hogy eddig nem akarta megmondani, de mostmár megmondja, hogy minden

mondatomban ez benne van, és ezt nem bírja tovább hallgatni. És elmondott erről az egészből valamit és én csak próbáltam neki mondani, hogy te figyelj, én ezt nem hallom, de azt nagyon nehéz nekem rekla reklamálni rá, mert ugye pont ez a betegségünk, ugye, egyik ilyen része, hogy én ezt nem hallom.

Mivel az afáziás személyek megnyilatkozásaiban ezek a folyamatok a páciens számára rejtetten működnek, ezért meglehetősen ritka a jelenség ilyen pontos leírása. Ez a jelenség azért különösen érdekes, mert arra a kettősségre hívja fel a figyelmet, hogy a konvencionalizált vagy berögződött nyelvi kifejezéseket egyrészt automatikusságuknál fogva nem, vagy csak kevéssé érinti az afáziás nyelvi zavar, másrészt azonban a felépülés során a tudatosságnak a nyelvi tervezésre vonatkozó aspektusa – szintén a tudattalan működési folyamatok erős befolyása miatt – jelentősen nehezebben állítható helyre.

Mindez szoros összefüggést mutat a metapragmatikai tudatosság kérdésével is, és egy rendkívül érdekes kettősségre hívja fel a figyelmet. Tátrai meghatározása szerint a metapragmatikai tudatosság „azt jelenti, hogy a résztvevők képesek reflexíven viszonyulni a különféle nyelvi konstrukciókhoz és a velük összefüggő kognitív folyamatokhoz, illetőleg szociokulturális elvárásokhoz” (Tátrai 2011: 119). Az afáziás személyek esetében a kettősség abban áll, hogy míg többnyire jellemző rájuk a metapragmatikai tudatosság, vagyis az egészséges beszélőkhöz hasonlóan használnak diskurzusjelölőket, utalnak a diskurzusra, reflektálnak saját nyelvi tevékenységükre és kifejezik beszélői attitűdjüket, mégsem képesek nyelvi automatizmusaik kontrollálására vagy befolyásolására. Ezen automatizmusok jellemzője az egyéni szófordulatokhoz, valamint a konvencionális kifejezésekhez hasonlóan, hogy minden esetben fonológiailag helyes és grammatikus formában jelennek meg. A metapragmatikai jelzések adekvát működését mutatják az alábbi példák:

- (25) V.: Komolyan? Úgy mártam, hogy úgy nézegettem az embereket **tudod. Hát mondom ez nem létezik, hát mondom** akkor nem jó, mert az útján láttam, hogy kettő (*rajzol a levegőbe*) négy nulla hetes.
C. (*négyest rajzol a levegőbe*): Négyes. Te hetet mutattál.
V.: Sok a sok az. Akkor ilyen pici voltam, attól különböző más más stílusokban laktunk, tehát ezután az autókra az autókra aztán mennünk. Ide mennek, **de mindegy** e ez egy e az út, hogy... **na mindegy, hosszú ez. Sz[óv]al a lényeg az,** hogy hogy láttam hogy nem értettem meg, még most sem megértem. Találni az embernek átalakul.

A nonfluens afáziás Zs. beszédében szintén megtaláljuk a metapragmatikai tudatosság jelzéseit, bár egészen más formában, mint V. esetében. Míg V. teljes szófordulatokkal

kommentálja saját beszédprodukciónak, addig Zs. mindezt leginkább gesztikulációjával, intonációjával vagy mimikájával éri el. Amikor nem sikerül produkálnia egy-egy szót vagy akár teljes megnyilatkozást, sóhajással, legyintéssel, vagy lemondó arckifejezéssel jelzi, hogy ez neki most úgysem fog menni.

Mindezen jelenségek azt jelzik, hogy az afáziás személyek nyelvi produkcióját az egészséges beszélőknél nagyobb mértékben befolyásolják a tudatos és nem tudatos nyelvi tervezési folyamatok. Úgy tűnik, hogy bár számos automatikus egyénre jellemző szófordulatot használnak, ezek nem érik el a tudatosság szintjét.

5.4 Eredmények, következtetések

Jelen fejezetben a kategorizációs és sematizációs folyamatok működését, illetve sérüléseit vizsgáltam afáziás betegek beszédében. A kategorizációs vizsgálat alapvetésének tekintettem, hogy a 7 és 6 vizsgálati személynél gyakran előforduló elemek kategóriájuknak minden bizonnyal leginkább prototipikus elemei, míg a kevesebb vizsgálati személynél megjelenő kevesebb előfordulás specifikusabb elemekre utal. A kategorizációs folyamatok elemzése során tehát az alábbi következtetéseket tehetjük a vizsgálati személyek produkciójára vonatkoztatva:

- a sok vizsgálati személynél sokszor előforduló elemek valóban alapszintű kategóriák, illetve az adott beszédhelyzetben vagy a vizsgálati személy szociális környezetében gyakran megjelenő elemek;
- az afáziás személyek előnyben részesítik ezeket az alapszintű és prototipikus kategóriaelemeket, valamint a kevésbé specifikus, referenciájukat az adott kontextusból nyerő kifejezéseket;
- az afáziás személyek a gyógyult és a kontrollcsoportnál szignifikánsan alacsonyabb arányban használják az összetett alakú igekötős igéket;
- a gyakran előforduló igék egy része a betegségre, illetve a betegség nyomán szükségessé váló tevékenységekre utal, amelyek az adott vizsgálati személyek beszédében hétköznapi, gyakran előforduló témák;
- a főnevek, mint prototipikusan dologi entitást jelző nyelvi elemek változatosabban, több, csak egy afáziásnál megjelenő elemmel fordulnak elő, melynek oka a tipikus főnév referencialitása;
- a betegségre, megbetegedésre vonatkozó főnevek aránya felülreprezentált a kategóriában;
- a főnevek eszerint könnyebben feldolgozható elemek az igei csoportnál;

Eszerint a vizsgált afáziás személyek előnyben részesítik (a) a hétköznapi kommunikációban gyakori elemeket; (b) a begyakorlott, és vélhetően már az anyanyelv-elsajátítás korai szakaszában tanult elemeket; (c) az alapszintű kategóriaelemeket a kategóriahierarchia két végpontján található elemekhez képest; (d) a morfológiailag

egyszerűbb szerkezeteket. Összességében tehát megállapítható, hogy az afáziás nyelvi tevékenységre a prototipikus vagy alapszintű kategóriaelemek dominanciája jellemző, amely dominancia a gyógyulás mértékével arányosan csökken.

A sémák vizsgálatának eredményeiből úgy tűnik, hogy a társadalmi konvencionalizáltság önmagában nem elégséges feltétele a könnyű percepciónak és produkciónak, mindazonáltal a szocializáció során elsajátított kategóriák adekvát működésében éppen hogy pozitívan hatnak. Célszerű felülvizsgálni azt az elképzelést, mely szerint a konvencionális vagy idiomatikus kifejezések intonációs egységként tárolt volta egyértelműen megkönnyítené az előhívást. Az eredmények azt látszanak alátámasztani, hogy a nem pusztán verbális úton bevéselt tudáskeretek és forgatókönyvek produkciója bármilyen típusú afáziával rendelkező beteg számára könnyebb és gyorsabban előhívható, mint a verbálisan kódolt idiómák és közmondások. Úgy tűnik, a társadalmilag konvencionalizált forma önmagában nem segíti a páciens – ellentétben a hétköznapiak során szintén társadalmilag, de egyéni szinten konvencionálisnak számító formákkal.

A kulturálisan meghatározott és erősen konvencionális idiómák és közmondások sérültnek mutatkoznak még az enyhébben sérült afáziás betegeknél is. Ezek produkciója és megértése során csak a verbális emlékezetre és bizonyos nyelvi konvenciókra hagyatkozhatunk. Az a jelenség, hogy a vizsgált afáziások végül ritmikai és intonációs egységként képesek voltak produkálni a feladatban szereplő közmondásokat, miközben jelentésüket nem tudták meghatározni vagy körülírni, a jobb és a bal agyfélteke eltérő nyelvi feldolgozási mechanizmusaira is utal. Az afáziában rendszerint épen maradt jobb félteke teszi lehetővé, hogy a beteg intonációs egységként mégis produkálni tudja a közmondást, miközben a verbális feldolgozásért és a nyelvi jelentésért felelős bal félteke nem tudja elősegíteni a közmondás jelentésének előhívását. Noha a sémák szerveződése alapvetően absztrakt, az idiómák és közmondások tárolása konkrét, hiszen 1:1 megfelelés van a tárolt és a kimondott információ között. Úgy tűnik, az afáziások számára az elmében általános tulajdonságokkal rendelkező tudáskeretek és forgatókönyvek produkciója és megértése könnyebb. A tág kategóriák a belőlük fakadó rugalmasság által támogatják az automatizmusok aktiválódását mind a beszédben, mind az egyes tevékenységek végrehajtása során. A szigorú kategóriákba rendezett, csak egy meghatározott formában előforduló idiómák és közmondások előhívása az afáziások számára nehezebb, mint minden, akaratlagosan végrehajtandó vagy megvalósítandó cselekvés, mozdulat vagy megnyilatkozás.

Összegezve tehát úgy tűnik, hogy az egyéni sémák, azok begyakorlottsága, a szociális és kulturális meghatározottság is meghatározza egy-egy kifejezés vagy megnyilatkozás könnyű kivitelezhetőségének mértékét.

IV. A kontextualizáció alapkérdései afáziában

Mivel az alapvető kognitív képességek nagy része többnyire a súlyos afáziás állapotokat is túléli (Carlomagno 1994: 8), ezért a szemantikai és pragmatikai képességek vizsgálata új szempontokat és eredményeket adhat a szigorúan nyelvtani alapú megközelítések mellett. Az a tény, hogy az afáziás nyelvi zavarok mellett általában számolni kell a memória, a figyelem, a tér- és időérzékelés, tájékozódás és koordináció bizonyos mértékű és különböző kombinációjú zavarával, vagyis szenzoros, motoros és affektív tényezőkkel is, a pragmatikai és szemantikai vizsgálatok során is hasznos lehet. A hétköznapi társalgások során a jelentések a beszélők által dinamikusán, állandó változásban jönnek létre, amelynek alapja a közös figyelmi jelenet (Laczkó – Tátrai 2012: 234; a figyelem és a figyelmi jelenet funkcióinak a nyelvi tevékenységben betöltött szerepéről pszichológiai megközelítésben ld. Eviatar 1998; nyelvészeti szempontból ld. Langacker 1987; Talmy 2007). Az ebben való aktív részvétel és hozzá való állandó alkalmazkodás az egészséges beszélőknek többnyire nem okoz gondot, az afáziás személyek számára azonban a beszédesemény egyes tényezőinek, a kontextusnak állandó és gyors változása megnehezíti a megértési, ezáltal pedig az alkalmazkodási, valamint a produkciós folyamatot is.

Disszertációm második nagy egységében ezért a kontextualizációs folyamatok alapkérdéseit járom körül. A kontextus összetevői, a szituációs és tematikus kontextusban való mozgás kihasználása a korlátozott nyelvi képességekkel rendelkező afáziás személy számára jelentős könnyebbiséget jelent nyelvi tevékenysége során. Fokozott hatással van megnyilatkozásaikra a ko-textus is, vagyis a közvetlen nyelvi környezet is, amelynek működési zavarai, vagy éppen a beszédprodukciót támogató folyamatai szintén a kontextualizáció alapkérdései közé tartoznak. A kontextusra, a diskurzusra, illetve ezek egyes elemeire való utalás nyelvi formája a deixis alkalmazása, amely az afáziás beszédben szintén fokozott jelentőséggel bír, mivel gazdaságos módon segíti az adekvát jelentéstartalom kifejezését. A kontextualizációval és a deixis működésével szorosan összefüggő tényező még a nonverbális kifejezőeszközök működése és működtetése. Ezek segítségével – a deixishez hasonlóan – a beszédshituációra, illetve a kontextusra utalhatunk anélkül, hogy a korlátozott nyelvi képességeket igénybe kellene venni. Ezen jelenségek alapos vizsgálatát kísérem meg a következőkben.

6. A kontextus szerepe az afáziás nyelvi tevékenységben

6.1 A kontextus összetevőinek működése afáziában

Az afáziás személy számára a beszédprodukció és -megértés során nélkülözhetetlen támpontot jelent a kontextus minden egyes összetevője. Tátrai meghatározása szerint „a kontextus a résztvevőknek a megnyilatkozás kommunikációs környezetére vonatkozó ismereteit és azok alkalmazását foglalja magában. Ennélfogva a kontextus ismerete a szituációval, vagyis a közlés személyközi, valamint térbeli és időbeli viszonyaival kapcsolatos ismereteket, a megnyilatkozásnak keretet adó társas cselekvéssel kapcsolatos ismereteket, továbbá azokat a világról való ismereteket jelenti, amelyek a megnyilatkozás témájával függnek össze” (Tátrai 2011: 67). Croft és Cruse a kontextust a nyelvi, a fizikai, a szociális kontextus és a tárolt ismeretek egységeként mutatja be (Croft – Cruse 2004: 102).

A nyelv alapvető tulajdonsága, hogy adott szavak adott kontextusokban más-más jelentéssel bírnak. A kontextus ismeretében a megfelelő jelentés előhívása a nyelvileg egészséges beszélő számára automatikusan zajló folyamat, bár még az egészséges ember számára sem irreleváns tényező a társalgás témája. A kontextus megléte vagy hiánya még jobban befolyásolja az afáziás beszélő megértését, mivel a betegek igyekeznek a narratívákat koherens egységként kezelni. Ez a magyarázata annak a jelenségnek is, hogy a hosszabb – koherens – egységeket többnyire könnyebben megértik, mint egy-egy önmagában álló megnyilatkozást (Ahlsén 2006: 98). Ezen megállapítás még a súlyos megértési nehézséggel küzdő globális afáziás személyek beszédében is gyakran megfigyelhető, noha a globális afázia klinikai értelemben a beszédprodukció és a beszédpercepció súlyos zavarát, szinte teljes korlátozottságát jelenti. Pierce és Beekman 23 afáziáson végzett vizsgálata is megállapítja a rosszul értő afáziások percepciójának javulását a kontextus hatására (Pierce – Beekman 1985). A vizsgált személyeket jól és rosszul értő csoportba sorolták a Boston tesztben elért eredményeik alapján, majd aktív és passzív szerkezetű mondatokat mutattak nekik nyelvi és extranyelvi (pl. kép) kontextusban, illetve kontextus nélkül. Eredményeik szerint mind az aktív, mind a passzív mondatok megértése javult a kontextussal közölt mondatoknál, de az eredmény szignifikanciája csak a rosszul értő csoportnál jelent meg. Emellett bemutatták, hogy a nyelvi és extranyelvi kontextus javította mind a szemantikai, mind a szintaktikai feldolgozást is. Mindez arra enged következtetni, amit dolgozatomban magam is állítok,

vagyis hogy a kontextus szerepe az afáziás személy produkciójában az afázia súlyosságával egyenes arányban nő. A kontextusnak a beszédmegértésre gyakorolt pozitív hatását alább magam is bemutatom. A modern agyi képalkotó eljárások segítségével végzett vizsgálatok is megerősítik a kontextusnak a nyelvi tevékenység működésében, és magában a kontextualizáció folyamatában játszott komplex szerepét (Coulson et al. 2005; Fortescue 2009; Pierce és Beekman 1985; Schumacher 2012; Sherratt – Bryan 2012; Small – Nusbaum 2004).

Az agyi képalkotó eljárások eredményei azt látszanak alátámasztani, hogy a nyelv kontextuális tényezői, valamint bizonyos, a kontextussal és a diskurzus egészével szoros kapcsolatban álló funkciók egy része a jobb agyféltekében reprezentálódik (vö. Fortescue 2009: 154). A jobb agyfélteke-sérült páciensekkel végzett vizsgálatok többnyire egységesek abban a tekintetben, hogy a diskurzus összetevőinek sérüléséről számolnak be. Sherratt és Bryan kutatásai azt mutatják, hogy a jobb agyfélteke károsodása során sérül a megnyilatkozások diskurzusbeli relevanciája, a diskurzus makrostruktúrája, a megnyilatkozások egyértelműsége, a beszélő részéről mért produktivitás, a szöveg koreferenciális szerkezete, valamint a szövegkohézió (Sherratt – Bryan 2012). Coulson és munkatársai kutatásai is megerősítik, hogy nem ritkán még a súlyos bal félteke sérülést szenvedett páciensek is képesek számos kontextuális információ megértésére, miközben jobb félteke sérülést elszenvedett társaik a nyelvtani rendszer sértetlensége mellett nem képesek a megnyilatkozás és annak kontextusa között kapcsolatot teremteni (Coulson et al. 2005: 129).

6.1.1 A szituációs kontextus mint nonverbális kapaszkodó

A verbális és nonverbális információk feldolgozásának sikeressége a kommunikációban az adott kontextus függvénye: bizonyos információk bizonyos kontextusokban könnyen, másokban azonban nehezen vagy félreérthetően interpretálhatók csak (Carlomagno 1994: 4). Bár az afáziát tipikusan a beszédprodukció és/vagy a beszédmegértés zavaraként szokás meghatározni, érdemes megjegyezni, hogy az afáziások többé-kevésbé képesek mind a nyelvi kontextusból, mind az extranyelvi és szituációs kontextusból származó információkat feldolgozni (Pierce – Beekman 1985: 174). A szituációs kontextus, vagyis a beszédhelyzet a személyközi viszonyokra, valamint a téri és idői viszonyokra vonatkozó információkat tartalmazza (Tátrai 2011: 52). Az afáziás személyek számára a szituációs kontextus jelenti azt a közeget, amelyből a legtöbb – nonverbális – információt gyűjthetik,

amelynek segítségével megkönnyíthetik saját megértésüket, valamint relevánssá tehetik hallgatóik számára nyelviileg kevésbé releváns megnyilatkozásaikat. Több kutatási eredmény bizonyítja, hogy a szemtől-szembeni kommunikációs helyzetekben a betegek jobban teljesítenek, mint ami az állapotukból következne (Ahlsén 1985; Becker 2001; Carlomagno 1994: 10; Goral – Kempler 2009).

A személyközi viszonyok minden afáziás beszédprodukcijára mérhetően nagy hatással vannak. Az afáziás személyek akkor képesek állapotukhoz képest jobb teljesítményt nyújtani, ha társalgásbeli szerepüket biztosnak érzik, és ismerik a társalgásban részt vevő személyeket. Részben ez a magyarázata annak, hogy a csoportterápiás módszerekkel többnyire gyors és látványos fejlődés érhető el (a csoportterápia hatásairól ld. bővebben Pataky 2008 és Szabó 2007). A tér- és időviszonyok szintén alapvetően befolyásolják az afáziás beszédprodukción, de a -megértést is. A fizikailag közel lévő entitások és az időben jól érzékelhető események megértésének működési módozatait, valamint az ilyen entitások és események megnevezésének sikerességét a fizikailag távol lévő vagy csupán mentálisan felidézhető entitásokkal szemben a deixissel foglalkozó fejezetben mutatom be részletesen.

A szóbeli dialogikus társalgások kontextusa jelentős könnyebbség abból a szempontból is, hogy a verbális kontextust a nonverbális jelek egészítik ki és magyarázzák. A gesztusoknak – amely az afáziások egyik fő kompenzációs stratégiája is egyben – csak az adott kontextusban van referenciájuk. A nyelvi tevékenység során alkalmazható pragmatikai vagy részben pragmatikai eszközökről (mint például a nonverbális kifejezőeszközök) elmondható, hogy jelentősen megkönnyítik az afáziás nyelvi tevékenységet. Ennek oka részben a nyelvi képességek biológiai elrendeződéséből következik. Ahogyan arról fentebb már részletesebben is szó esett, a pragmatikai képességek a csak bal félteke sérült afáziás személyeknél többnyire épen maradnak. Ez pedig lehetővé teszi a sérült nyelvtani rendszer kompenzálását úgy, hogy a páciens megnyilatkozásai kontextuálisan relevánsak, és a hallgató számára is interpretálhatók legyenek. A nonverbális kifejezőeszközöknek az afáziás beszédben betöltött kompenzáló szerepére a 8. fejezetben térek ki részletesen.

6.1.2 A tematikus kontextus mint mentális kapaszkodó

A tematikus kontextus a megnyilatkozások létrehozásához és megértéséhez pragmatikai háttérismereteket, vagyis a világról való tudást tartalmazza (vö. Tátrai 2010: 53). A

világról való tudásunk sémákba rendeződik, amelyek olyan makrofunkcionális egységek formájában tárolódnak, mint a prototipikusan statikus tudáskeretek és a prototipikusan dinamikus forgatókönyvek. Mivel ezen tényezők elemzését *A jelentéskonstruálás alapjai afáziában* című fejezetben már részletesen megtettem, így itt ezekre nem térek ki bővebben. Langacker leszögezi, hogy a konceptualizált nyelvi jelentések mindig szociális interakciók során jönnek létre (Langacker 2008: 4), így keletkeznek a szociokulturális meghatározottságú sémáink is. A társalgás sikerességéhez a résztvevőknek szimultán kell működtetniük azokat a kognitív folyamataikat, amelyek segítségével előhívják a kontextusban releváns sémáikat (Fricke 2003: 69). A sémák elméleti tárolásának mikéntje meghatározza a sémák használatának működési formáit, ezzel együtt pedig a sérülések során felmerülő jellegzetes zavarokat is. Neuropszichológiai kutatások azt látszanak bizonyítani, hogy nemcsak a kontextualizáció és a jelentéskonstruálás egy folytonos, állandóan változó, állandó gyors alkalmazkodást és hozzáigazítást igénylő folyamat, de maga az elméből való előhívás, illetve egy-egy entitás felidézése is hasonlóan működik. Damasio megállapítja, hogy minden elménkben tárolt képet a felidézés során konstuálunk újra, nem pedig egy állandó, korábban eltárolt képet „veszünk elő”, hiszen az állandó képek tárolása kapacitásbeli problémákat vetne fel, ezzel együtt pedig jelentősen rontaná a felidézés hatékonyságát (Damasio 1996: 107). A tematikus kontextus elemeinek az afáziás állapotokban való viszonylagos épen maradása jelentősen javítja a megértési folyamatok működését még a súlyos produkciós zavarban szenvedő páciensek beszédfolyamataiban is. A betegek beszámolóiból kiderül, hogy a világról való tudás ezen szegmense, vagyis a tudáskeretek – még ha az agyi történés következtében átmenetileg elvész is – a nyelvi képességeknél gyorsabban képes helyreállni. A dinamikus és gyakran meglehetősen összetett cselekvéseket, mozgásformákat vagy pusztán bonyolult időbeli egymásrakövetkezést tartalmazó forgatókönyvek esetében azonban korántsem mindig egyszerű folyamat az újratanulás. Ennek oka lehet a komplex cselekvések, a döntéshozatal és végrehajtás folyamataiban jelentős szerepet játszó frontális lebeny sérülése, amely számos afáziás személyt érint.

6.1.3 A résztvevők világa: redundancia-csökkentés és megértésnövelés

A fentiek mellett a résztvevők világa is erősen befolyásolja az afáziás személyek produkcióját és megértését is. A résztvevők világának összetevői Tátrai meghatározása szerint a résztvevők által feldolgozott tér- és időviszonyok által létrejövő fizikai világ; a

szociális viszonyrendszert magába foglaló társas világ; valamint a mentális világ, amely a résztvevők mentális állapotait tartalmazza (Tátrai 2011: 55). Az afáziás személyek nyelvi tevékenységét és annak sikerességét alapvetően meghatározza, és bizonyos esetekben előre jelezheti az afáziás személynek a beszélgetőpartneréhez való viszonya. Közele hozzátartozókkal, barátokkal, más afáziásokkal mérhetően könnyebben kommunikálnak, mint például a terápiát végző szakemberrel vagy egy idegennel. Akkor tudnak hatékonyan részt venni a társalgásban, ha a szerepüket, helyzetüket biztosnak érzik, és tudják, hogy a társalgásban részt vevő személyek elfogadják őket. A közelebb álló emberekkel azért is könnyebb számukra a kommunikáció, mert a közös tudás miatt számos információ implicit maradhat. A redundancia csökkentése az emlékezeti és figyelmi korlátok miatt az afáziás személyek számára „túlélési stratégiaként” működik: az afáziás személyek gyakran produkálnak látszólag túlzottan redundáns megnyilatkozásokat. Ezek egy része többnyire parafázia vagy perszeveráció, más részük szünetkitöltő vagy szókereső elem, esetleg egyszerű repetitív megnyilatkozás egység. Jellemzőjük a többnyire automatikus megjelenés. A beszélő szándéka szerint tudatosan redundáns megnyilatkozások nem jellemzőek az afáziás megnyilatkozásokban. Az azonosításhoz elegendő legkevesebb információ megosztása természetesen kevesebb erőfeszítésbe kerül, mint annak explicit kifejtése. Noha a közös tudás egészséges személyeknél is megkönnyíti a kommunikációt és csökkenti a redundanciát, ez afáziás beszélők esetében fokozottan igaz.

- (26) K.: Egy hét után már, igen. (*szemére mutat*) Látni nagyon... úgy mint a mint a V., V.. Közben a szemem nagyon sokat romlott kell egy vasta... nem vastagabb, erősebb szemüveg
M. (*leveszi a szemüvegét, mutatja K-nak*): szemu szemu veg.
K: Igen, igen. És mondták, hogy minek a szemüveg, hát jó a szemed. Jó a szemem? Hát nem látok kettőig, de higgyem el, hogy rendbe fog jönni.

A fenti diskurzusrészlet két – a kontextus könnyítő szerepét bemutató – példát is tartalmaz. K. megnyilatkozásában arról beszél, hogy agyi infarktus után a látása éppen olyan folyamaton (hirtelen romlás, majd gyors javulás) ment keresztül, mint amit a fluens Wernicke afáziás V. is átélt. V. története egy korábbi diskurzusban hangzott el, itt csak visszautalás történik rá a „*mint a V.*” tagmondattal, amelyből a jelenlévők értik, miről van szó. A másik jellegzetesség, hogy a súlyos megértési zavarral küzdő globális afáziás M. kulcsszóként meghallja a társalgásból a *szemüveg* szót, valamint K. gesztikulációjából kikövetkezteti a témát, és adekvát megnyilatkozást tesz, levéve és megmutatva saját szemüvegét. A „*szemu-szemu veg*” megnyilatkozás intonációjából érezhető, hogy M. mondandóját magyarázatnak szánta. Felesége reakciójából ugyanis kiderül, hogy M.-nek

van egy erősebb és egy gyengébb szemüvege, ám a beszélgetés során az erősebb szemüvegét viselte. A globális afáziások megértési zavara máig megosztja a kutatókat. O. Sági megállapítása szerint: „Általában úgy tűnik, hogy a beteg beszédmegértése némileg jobb, mint aktív beszéde, valószínűleg azért, mert a betegek jelentős mértékben a beszéd metakommunikációs kísérőire támaszkodnak, meg magára a közvetlen helyzetre. Mindezek alapján verbális dekódolás nélkül is gyakran valóban annyira megértik, hogy miről van szó, hogy első látásra úgy tűnhet, beszédmegértésük ép” (O. Sági 1997: 23). Noha a beszédmegértés épsége természetesen nem feltételezhető M. esetében, az a bemutatott példából nyilvánvaló, hogy a súlyos beszédértési zavarban szenvedő betegek számára nagyon fontos az egyértelmű szituációs kontextus. A globális afáziások megértésének vizsgálata értelemszerűen jelentősen romlik kísérleti vagy éppen a zavar mértékét felmérő helyzetben, így az eredmények is a lehető legsúlyosabb zavart mutatják. Disszertációmban amellet érvelek, hogy az afázia nem egyszerűen a nyelvi szintek különböző összetevőinek különböző mintázatú zavara, hanem bizonyos épen maradt és sérült nyelvi, valamint kommunikációs tényezők kölcsönhatása során kialakuló zavar.

6.2 Kooperáció és koordináció

Az afáziások pragmatikai képességeinek vizsgálatakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a kooperációra és a nyelvi tevékenység koordinációjára való képességüket sem. A társalgásban részt vevő személyeknek minden diskurzusban kooperálniuk kell egymással a diskurzus menetét, felépítését és kidolgozottságát, valamint a modalitást illetően (Ahlsén 2006). Ez természetesen többnyire konvencionalizált és nem explicit formában történik, ezért szükséges a résztvevők megfelelő képességeinek helyes működése. Az afázias betegeknél a kooperációra való képesség – illetve annak bizonyos részei – gyakran sérülnek.

Mivel a kommunikáció interperszonális folyamat, ezért annak felépítése és folyamatos koordinációja az abban résztvevők feladata (Ahlsén 2006: 98). Ennek értelmében a kontextus sem egy eleve adott entitás, hanem egy olyan dinamikus viszonyrendszer, amelynek összetevőit és struktúráját a diskurzus résztvevői – és a résztvevők ismeretei – alakítják (Tátrai 2011: 51). Sikeres megértés csakis akkor jöhet létre, ha a beszélő és a hallgató képes saját kognitív reprezentációs struktúráját egymáshoz igazítani, és azt a diskurzus folyamán koordinálni (Fricke 2003: 69). A diskurzus során a

beszélőnek képesnek kell lennie felmérni a hallgató elvárásait, világról való tudását, és a diskurzusban betöltött szerepét, valamint képesnek kell lennie a hallgató(ság) figyelmét az általa közölt jelenetre, megnyilatkozásra irányítani. Emellett a beszélő intenciója is alapvetően meghatározza a megnyilatkozás értelmezési keretét. Schumacher vizsgálatai szerint a beszélői intenció hatással van a nyelvi megértésre (Schumacher 2012: 49). A mindenkori beszélőnek rendelkeznie kell azzal a képességgel, hogy felmérje, hallgatója megértette-e megnyilatkozását, és hozzá kell tudnia igazítani azt a hallgató megértéséhez a hallgató figyelmének irányításával (Ingram 2007: 332). Afáziás beszélők esetében ezen tényezők többnyire egyéni mintázatok mentén sérülnek. Ingram megállapítása szerint a diskurzuskontroll legveszélyeztetettebb pontja a figyelem megszűnése, az epizodikus, a szemantikus vagy a munkamemória zavara (Ingram 2007: 333).

6.2.1 A társalgást meghatározó elvek és zavaruk

A társalgásban minden résztvevőnek bizonyos társalgási elvek figyelembe vételével kell nyelvi tevékenységét koordinálnia ahhoz, hogy megnyilatkozásai adekvátak legyenek. Ezek kognitív és etikai megfontolások mentén szerveződnek (Ahlsén 2006: 98). A nyelvhasználók nyelvi tevékenységüket rendszerint úgy alakítják, hogy az az adott megnyilatkozásban releváns legyen.¹⁴ Megfigyelésem szerint az afáziás személyek egy része gyakran nem képes a relevancia elvének alkalmazására, és nem értik az ehhez szorosan kapcsolódó ironikus vagy gúnyos megnyilatkozásokat, vagy nem megfelelő helyzetekben produkálnak gúnyos vagy szarkasztikus tartalmú üzeneteket. A betegek rendszerint nem tudnak rugalmasan alkalmazkodni egy-egy új helyzethez akkor, ha már egy korábban létrejött állapotot/helyzetet megszoktak. Minden bizonnyal ebből is adódik az a jelenség, hogy az afáziás személyek gyakran képtelennek tűnnek a relevancia elvének az adott kontextusban való használatára.

A relevancia elvének, Grice társalgási és Leech udvariassági maximáinak alkalmazása a kommunikáció hatékonyságát és gazdaságosságát szolgálják (ld. bővebben Sperber – Wilson 1995; Grice 2001; Leech 1983). Bár a generatív és a funkcionális gazdaságosság-fogalom nem fedi egymást, az megállapítható, hogy az afáziások „pazarolnak”, mert nem képesek ezeket a gazdaságossági elveket alkalmazni (generatív keretben erről bővebben Bánréti 2006). Az adott kontextusban létrehozott releváns

¹⁴ A relevancia fogalma alatt a Sperber és Wilson-féle relevanciaelmélet meghatározását értem (ld. bővebben Sperber–Wilson 1995 és Reboul – Moeschler 2005).

megnyilatkozás egyúttal ugyanis azt a célt is szolgálja, hogy a kommunikációs aktus a lehető legkevesebb – de releváns – lexikai egységet tartalmazza (Carlomagno 1994: 41). Mivel azonban az erre való törekvés az egyes afáziatípusokkal gyakran együtt járó kognitív kísérőtünetek miatt afáziában korlátozott, éppen a beszédprodukciónak amúgy is szűkös lehetőségei romlanak tovább, hiszen minél rövidebb a szándékozott megnyilatkozás, annál könnyebb a produkció, annál kevesebb dolog „jöhet közbe” a tervezéstől a megvalósításig. A relevancia elvének, valamint a társalgási maximáknak az afáziadiagnosztikában és -terápiában való felhasználására több kutatás és tanulmány is készült (Penn 1985; Prutting és Kirchner 1987; Perkins és Lesser 1993).

Mindamellett fontos figyelembe venni, hogy bár a társalgási implikátúrák segítségével a diskurzus számos interszónális aspektusa meghatározható, vizsgálatuk afáziás személyek megnyilatkozásaiban nem minden esetben ad egyértelmű és értelmezhető eredményt. Bizonyos afáziatípusokban jellegzetesen sérül ezen elvek megvalósulása. A fluens, neologizmusokkal és parafáziákkal tarkított afáziás beszéd például biztosan sérti a mennyiség maximáját, de nem olyan formában, ahogyan ezt egy egészséges beszélő tenné. Az egészséges beszélők megnyilatkozásaiban megjelenő redundancia jelentősen eltér egy fluens afáziás beszédében található „akaratlan” redundanciától. Míg a fluens afáziás beszédében a redundanciát nem elsősorban a mondanivaló túlbonyolítása vagy a mindenki által ismert tartalmak felesleges explikálása adja, hanem a nyelvi koordinációs rendszer zavara okozza. V. produkciója jól mutatja ezt a jelenséget, amelyben éppen arról beszél, hogy képtelen kontrollálni beszédét, hiába figyelmeztetik társai, hogy túl hosszan beszél.

(27) V.: *(a jobb arcfelé mutat)* Amikor az ember innentől a átjöttem, nem tudtam, hogy a gondolatom van benneteket is, ezért jött az az ötleted neked *(Zs.-re mutat)* többször gondoltál már te engemet én meg nem tudtam, megmondtam ezt amikor itt vagyok *(a jobb agyféltekéjére mutat)*. Mer régebben beszélgettek, akkor nem *(bal agyféltekéjére mutat)* volt probléma. Meg is értem, sőt, többet az embereknek is csináltam, beszélgetnem emberek emberek engem abban az időben. De mostmár...

Zs.: De mi most abbahagyni szeretnénk, hogy redőny *(mutatja, hogy lehúzzák a redőnyt)* van.

V.: Na ezt szeretem, hogy valamit én is értek! Most is, meg a most is, de most is a hangomat?

Zs.: De redőny! Igen.

V.: De most sem tudom.

A beszélgetések során megfigyelhető, hogy afáziás társai számára V. megnyilatkozásai éppen annyira terhesek, mint egy egészséges beszélő számára a túlzott és

felesleges informativitás. A fenti példa azt is mutatja, hogy – bár az ilyen jellegű önkontroll nem jellemzi általánosan a fluens afáziásokat – V. tisztában van azzal, hogy mondandójában számos oda nem illő, fölösleges elem van. Fluens afáziásoknál általában gyakoribb, hogy nem érzékelik a produkciójukban megjelenő felesleges elemeket. Nonverbális kommunikációjuk – gesztusaik, mimikájuk és intonációjuk – azt sejteti, hogy belső beszédükben és a szándékozott megnyilatkozásról való tudásukban viszonylagos rend van, vagyis tisztában vannak mondandójukkal, de nem hallják meg, hogy mást, többet és nem érthetőt mondanak. E példa mutatja, hogy a grice-i maximáknak az egészséges beszélőknél bevált alkalmazása az afázias megnyilatkozások elemzése során problémás lehet. Hasonló nehézségekbe ütköznénk, ha a minőség, a relevancia vagy a mód maximáját próbálnánk elemezni az afázias beszédben. Amikor a társalgási implikaturáknak az afázias beszédben való megsértéséről beszélünk, minden esetben figyelembe kell venni, hogy míg az egészséges beszélőknél ezen elvek megszegése többnyire tudatos választás eredménye, addig az afázias beszédben általában tudattalan, az afázias nyelvi zavar természetéből fakadó szükségszerűségről van szó.

6.2.2 Az udvariasság mint a társalgást meghatározó alapelv

Afáziasok beszélgetéseit megfigyelve ennek egyik érdekes megnyilvánulási formája, a Leech által meghatározott Udvariassági Alapelv használata érdekes képet mutat (az Udvariassági Alapelv elméletéről ld. bővebben Leech 1983). Az udvariasság eszközeinek alkalmazása a releváns megnyilatkozás egyik fontos, a kommunikációnak pedig alapvető tényezője. Ahogyan arról a releváns megnyilatkozások létrehozásának buktatóinál (pl. irónia és gúny) már szó esett, az afáziasok számára az implicit jelentés szinte minden formája nehézséget okoz, így nem meglepő, hogy az udvariasság elvét is sokszor megszegik. Megfigyeléseim során úgy tapasztaltam, hogy az Udvariassági Alapelv meglehetősen változatosan sérülhet, de a vizsgált afázias személyekről elmondható, hogy a funkció többnyire nem marad épen. A betegek mind megnyilatkozásaik produkciója, mind ezek megértése során mutathatnak az egészséges beszélőktől eltérő reakciókat, de sérülhet csak a produkció vagy csak a percepció is, illetve a sérülések bármilyen más kombinációban is előfordulhatnak. Ez a jelenség gyakran vezet félreértéshez vagy a társalgás megakadásához, mert habár magát az elvet többnyire figyelmen kívül hagyják, a sértő megnyilatkozásokat néha nagyon is jól értik. De az is előfordulhat, hogy az udvariasság elvét tökéletesen mellőző egyik afázias sértő megnyilatkozását a másik afázias

egyáltalán nem értékeli sértésnek. Erre példa az alábbi diskurzusrészlet, amelyben a transzkortikális motoros afáziás Zs. szóváltásba keveredik a Wernicke afáziás V.-vel:

(28) Zs. (*V.-nek*): De most akkor Kati most akkor elég. Elég.¹⁵

V.: Zotyó oké, értem a logikádat, ezt láttattam.

T1 Zs.-nek: Most akkor mondja el, mit szeretne mondani.

Zs.: Nem, semmit, csak bántotta a pő csőrömet az hogy...

T1: Hogy?

Zs.: (*V-re mutat*) Hogy megint akkor hogy az lesz, hogy akkor most megint a Katinak fog a... fog a Laci jönni, és mondani, mondani mondani mondani (*ideges mozdulattal mutatja, hogy egyhuzamban beszélni*). Dödödödödödödö (*egyre hangosabban beszél*). És akkor egyfolytában mondja, (...) egyfolytában beszél, beszél, egyfolytában hangzik a hangja, egyfolytában (*már hangosan kiabál*) hangzik, hangzik, ugye, hogy milyen hangos, ugye?

V. csodálkozó arccal: Ezt nekem nem tudtam én sem nekem, amit a Lacitól a régebben nem így voltam...

A diskurzus előzménye, hogy V. hosszú, a többiek számára nem érthető és nehezen követhető monológja Zs.-t felbosszantotta, aki ezt az Udvariassági Elv teljes mellőzésével hozta betegtársa tudomására. Problémáját egyre hevesebb gesztusokkal, egyre erősödő hangerővel adta elő, a végén egészen kiabálva. V. válasza ezért igencsak meglepő, hiszen csodálkozva, de Zs. kirohanásán a legkevésbé sem megsértődve szokásos halk hangján válaszol, válaszából ráadásul úgy tűnik, hogy megértette Zs. problémáját.

Dolgozatomban az Udvariassági Elv sérüléseinek agyi hátterére ugyan nem térek ki, a neuropszichológia számos esetet jegyez agysérülésen átesett, korábban udvarias és tapintatos személyek gyökeres viselkedésbeli változásáról, amely az agy meghatározott területeinek sérülése következtében történt (magyar nyelven: Damasio 1996; O. Sági – Erdélyi 1982).

6.3 Kontextualizáció

Mivel a megértés nem egyszerűen a szintaktikai vagy lexikai információk feldolgozásából áll, hanem valójában kontextualizációt jelent, ezért az afáziások kontextus-érzékenységének vizsgálatára fokozott figyelmet kell fordítani. Az afáziás betegek nyelvi tevékenységre való képességét nagyban befolyásolja az adott kontextus (a tematikus és a szituációs kontextus, valamint a ko-textus is), és az általuk abból levonható

¹⁵ A neveket nem töröltem, mivel a vizsgálati személyek nem egymás keresztnévét használták a diskurzus során. Az afáziás személyek névmemóriájának nehézségeiről alább bővebben írok.

következtetések relevanciája (vö. Carlomagno 1994: 7). A spontán hétköznapi kommunikáció erősen kontextusfüggő, és a körülmények viszonylatában állandóan változik, amely állandó változás az afáziások számára problémaforrást jelent. A diskurzus során felmerülő számtalan – nyelvi és nem nyelvi – információ egyidejű feldolgozása jelentős terhet ró a több területen egyébként is korlátozott elmére. A segítséget a releváns és egyértelmű kontextus jelentheti az afázias beszélő számára. Megállapítható, hogy bár az afázias személyek teljesítménye az egyes nyelvi szinteken nem hasonlítható az egészséges beszélőkéhez, a diskurzus szintjén tehetünk összehasonlításokat, mivel a társalgásra való természetes késztetésük, valamint kommunikációs mintázataik az egészséges beszélőkhöz nagyon hasonlóak (Carlomagno 1994: 47). A diskurzus létrehozására, követésére és az abban való megfelelő részvételre vonatkozó mechanizmusok, mint például a fordulóváltás vagy a visszacsatolás, a kérdések feltételét, az emóciók, attitűdök és vélemény kifejezését lehetővé tévő folyamatok következetesen jobban megmaradnak a legtöbb afázias személynél, mint maga a beszédprodukció (vö. Ahlsén 1985: 6 és Becker 2001: 58). Emellett a diskurzusban vizsgált nyelvi tevékenység a vizuális és akusztikus információk jelenléte miatt számos olyan kontextuális információt hordoz, amely a nem face-to-face kommunikációs helyzetekből hiányzik. Számos kutatás bizonyította, hogy a kontextusban vizsgált megnyilatkozások a csak mondat szintű vizsgálatokhoz képest az agy nagyobb területét érintő aktivitást mutatnak, miközben a mondat szintű feladatok megoldása során is aktív agyterületek a kontextusban történő feldolgozás során nagyobb aktivitást jeleznek (Small – Nusbaum 2004: 307).

A kontextuális ismeretek és általában más pragmatikai jellegű funkciók működésének neurolingvisztikai szempontú megközelítéséből nem maradhat ki a nyelv biológiájának megértése. A modern agyi képalkotó eljárások lehetővé teszik a nyelvi feldolgozás számos műveletének online követését, így azt is, hogy meghatározhassuk az agy kontextusfüggő területeit, vagyis a szövegértés, a világról való tudás, a közös tudás, és az ezeket működtető folyamatok agyi hátterét (Schumacher 2012: 35). Bár a képalkotó eljárások jelentős változásokat indítottak el a kutatásban, a korábbi kiindulási alap – a nyelvnek a nyelvtannal való azonosítása – sok kutatásban nem változott. Az így kapott eredmények többnyire megegyeznek abban, hogy a nyelv biológiai alapját továbbra is a Broca–Wernicke–fasciculus arcuatus háromszögben, illetve annak közvetlen közelében helyezik el. Tekintettel arra a kevésbé vitatott tényre, amely a szigorúan vett nyelvtant valóban ezekre a területekre lokalizálja, az eredmények semmiképpen nem meglepőek: a szűkre szabott vizsgálati keret csak annyiban adhat ettől eltérő eredményt, amennyiben az

egyes kutatásokban megnyilvánuló más módszertani eljárások indirekten a feladatok elvégzése során egyéb – mérni nem szándékozott – másodlagos funkciókat is aktiválnak az agyban. A vizsgálatok egy része figyelmen kívül hagyja, hogy a nyelvtant vagy a nyelvi rendszert – de abból a nyelvi tevékenységet kihagyó – felmérni szándékozó kutatások eredményeire szükségszerűen hatással van a kontextus megléte, de annak hiánya is.

A nyelvet és a nyelvi rendszert interakciós és interperszonális tényezőivel együtt vizsgálva, a szemantikai és a pragmatikai jellemzőket és funkciókat is figyelembe véve juthatunk csak előre a „hol van a nyelv az agyban?” kérdés megválaszolására tett kísérletekben. Ezen tényezők közül az egyik legfontosabb és a nyelvi tevékenységet leginkább meghatározó a kontextus és annak létrehozása, működ(tet)ése és megértése, illetve az erre irányuló sikeres vagy sikertelen kísérletek folyamata. Az utóbbi évtizedekben számos kísérlet indult a nyelvet meghatározó és a nyelvi folyamatokban résztvevő neurális rendszer feltérképezésére. A kifejezetten a kontextus létrehozásában és megértésében résztvevő agyterületek vizsgálatára az elmúlt évtizedben kezdett figyelmet fordítani a tudomány (Coulson et al. 2005; Cummings 2012; Damasio – Damasio 2000; Federmeier – Kutas 1999; Fortescue 2009; Givón 2005; Goral – Kempler 2009; Koziol – Budding 2009; March – Pattison – Wales 2009; Olness – Ulatowska 2011; Pierce – Beekman 1985; Schumacher 2012; Small – Nusbaum 2004; Thibault 2004; Wilcox et al. 1978; Wong 2004). Ezen vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a megnyilatkozások megértése egy – területét tekintve – elosztott hálózatot aktivál, amely jóval kiterjedtebb, mint a szó- és mondatszintű nyelvi folyamatokat koordináló funkciók területei (Schumacher 2012: 35). Eszerint a klasszikus agyterületeken kívül (Broca- és Wernicke-terület) mindkét féltekében aktiválódnak a frontális, a temporális és a posterior területek bizonyos részei.

A kontextus létrehozásának és feldolgozásának alapvető tényezője a diskurzus résztvevőinek szempontjából a figyelem és a figyelemirányítás folyamatának megfelelő működése. Amennyiben valamelyik résztvevő figyelmi mechanizmusában zavar keletkezik, az kihat a szókeresési folyamatokra, a lexikális asszociációkra, a nem szószerinti nyelvre és az indirekt megnyilatkozások feldolgozására is, tehát alapvetően károsítja a diskurzus működéséhez szükséges feltételeket (Sherratt – Bryan 2012: 218). A közös figyelmi jelenet létrehozása során válik lehetővé a nyelvi elemek és az azokhoz tartozó referenciák megértése és feldolgozása (Tátrai 2011: 51), vagyis a kontextus soha nem tételezhető eleve adott entitásként. A nyelvi tevékenység dinamikusan változó folyamatában kiemelt szerepe van a pillanatnyi figyelmi keretnek, amely az éppen aktivált

fogalmi tartományból jön létre (vö. Tolcsvai Nagy 2011: 32). Az aktuális figyelmi kereten belül a figyelem fókuszában álló entitás az afáziás beszédben gyakran akkor is előtérben marad verbális és/vagy mentális formában, ha közben a háttér – ezzel együtt pedig a figyelmi keret többi tényezője – megváltozott. Bár a pszichológiai és a nyelvészeti figyelem és figyelemirányítás fogalmak nem tekinthetők szinonimáknak, az mindenképpen megállapítható, hogy az egészséges beszélők társalgására jellemző dinamikus és állandó változás, a gyors és nagyrészt automatikus folyamat az afáziás társalgásokra egyáltalán nem jellemző.

Az afáziások számára nehézséget jelent, ha egy szöveg túl sok, a kontextusból megérthető, de számukra ismeretlen információt tartalmaz. Ilyenkor általában az elsődleges, legfontosabb információk feldolgozása sikerül, de a másodlagos vagy harmadlagos információkat figyelmen kívül hagyják (Carlomagno 1994: 11). Amikor egy új információt hallunk, azt a környező kontextus referenciáiból igyekszünk megérteni (Coulson, 2006: 255). Az új információk pedig korábbi diskurzusstruktúrák felülvizsgálatát kívánhatja, valamint az új referens specifikációját a diskurzusban (Schumacher 2012: 47). Ha azonban több új információ van, mint amennyit a meglévő referenciák segítségével ki tudunk egészíteni, akkor a megértés is kudarcba fulladhat. Könnyebbé teszi ezért az afáziások számára az interpretáció folyamatában a szövegben található minél több explicit információ is.

6.4 A ko-textus által meghatározott jelenségek az afáziás nyelvi tevékenységben

A ko-textus a közvetlen nyelvi környezet – vagyis „a megnyilatkozásban előforduló szavak nyelvi környezete” (Tátrai 2004: 482) – szintén befolyásolja a diskurzusstruktúra felépítését, valamint a diskurzusban részt vevő személyek produkciós és megértési folyamatait. Jelen fejezetben a ko-textust a beszélőre kiváltott hatásai alapján határozom meg, és alább részletesebben is elemzem. Mivel a közvetlen szöveggörnyezetnek hangsorstruktúráként, szintaktikai szerkezetként, valamint szemantikai egységként is szerepe van a nyelvi tevékenységben, ezért tartom fontosnak a kontextus és a ko-textus elválasztását az afáziás nyelvi tevékenység vizsgálatában. Az afáziás személyek megnyilatkozásaiban a szöveggörnyezet más-más szintű hatásai ugyanis eltérő nyelvi zavarokban manifesztálódnak. Emellett a koreferenciális viszonyok jelenléte és feldolgozása is kotextuálisan meghatározott. A ko-textusnak mint hangsorstruktúrának a

hatásával összefüggésbe hozható működési zavarok az echolalia, valamint a perszeveráció. A szintaktikai és szemantikai tényezőként meghatározó ko-textuális zavarok pedig a parafáziák, valamint a koreferencia által nyújtott lehetőségek sérülései. Ezen zavarok egyikéne vizsgálata sem központi kérdése a neurolingvisztikai afáziakutatásnak.

Ezzel szemben a részben ko-textus-indukált pozitív folyamatok, mint a szókezdhetettség szókiváltó hatása jelentősen nagyobb figyelmet kap. A neurológiai és emlékezeti kutatások szerint a szókezdhetettség szókiváltó hatása az audioverbális emlékezet épségére utal (Szirmai 2010: 335). A szókezdhetettség szókiváltó hatása az a jelenség, amikor egy célszót a vizsgálati személy csak a szó első betűjének vagy szótagjának megadása után képes felidézni. A logopédiai gyakorlat kifejezetten épít ennek működésére bizonyos afáziatípusokban. Mivel a jelenség csak részben függ a ko-textustól, hiszen elsősorban fonológiai jelenségnek tekinthető, ezért működésének részletes vizsgálatára jelen disszertáció keretein belül nem tértek ki. A jelenség szoros kapcsolatban áll az előfeszítés, vagyis a priming működésével, annak egyik altípusaként jelenhet meg. Az előfeszítési folyamatok a nyelv több szintén, egymással összefüggésben is előfordulhatnak. A kiváltó hatás szempontjából beszélhetünk fonológiai, szintaktikai vagy szemantikai primingről. A fonológiai priming működése afáziákban jól feltárt területe a kutatásnak (ld. pl. Baum 1997; Blumstein 1998; Justus et al. 2003; magyarul: Hoffmann 1999; O. Sági 1998 és 1999). Mivel az előfeszítés kérdése számos más kognitív folyamattal is szoros kapcsolatban áll – mint az emlékezeti, figyelemirányítási és előhívási folyamatok –, ezért a téma szakirodalma nemcsak az afáziás személyekre, hanem más betegcsoportok, valamint az egészséges populáció csoportjaira is kiterjed. A téma iránti tudományos érdeklődést tovább fokozza, hogy az előfeszítési hatások kiválóan vizsgálhatók kiváltott agyi potenciál mérésekkel, vagyis az eredmények nemcsak verbális formából írhatók le, hanem műszeres technikával is mérhetők.

A ko-textus – a kontextus részeként – közvetlen kapcsolatban áll a koreferenciális viszonyokkal és a deixis jelenségével is. A koreferencia működésének az agysérülés nyomán zavart beszédben való megjelenése nem teljesen feltárt területe a kutatásnak (Ahlsén 2006; Anderson – Holcomb 2005; Brownell et al. 1992; Carlomagno 1994: 11–14; Edwards – Varlokosta 2007; Ingram 2007: 333–335; Virtue – van den Brook 2005). Számos, az afáziás megnyilatkozásokban tetten érhető jelenség csak akkor érthető meg, ha nem pusztán az adott megnyilatkozásra vagy fordulóra koncentrálunk, hanem a minél teljesebb szövegkörnyezet figyelembe vételével próbáljuk megérteni a beszélőt. Ez nemritkán akár egy tegnapelőtti beszélgetést is jelenthet a postással, egy elkapott beszélgetésfoszlányt az utcán vagy bármilyen más nyelvi ingert, amely az afáziást érthette.

A szöveggörnyezet fogalma az afázias személyek esetében tehát szó szerint értendő: a környezetükben elhangzott bármely szöveg – függetlenül attól, hogy a befogadása direkt vagy indirekt módon történt-e – hatással lehet későbbi beszédprodukciójukra. Érthető módon az így értett ko-textus feltérképezésére egyáltalán nincsen lehetőség a vizsgálatok során, azt azonban feltétlenül jelenti, hogy a szöveggörnyezet segítségével számos, az afázias megnyilatkozásban előforduló, az adott kontextusban bármilyen szempontból inadekvát vagy szintaktikailag nem megfelelő elem azonosítható lehet(ne). Dolgozatomban nem állítom, hogy minden agrammatikus vagy kontextuálisan inadekvát elem magyarázható egy korábbi ko-textuális elem ismételt felbukkanásával, az azonban biztos, hogy a jelenség nagyobb figyelmet érdemelne, mint amekkorát a neuro- és pszicholingvisztikai kutatásokban kap.

A ko-textus tehát az afázias személyek számára különösen nagy jelentőséggel bír. Bizonyos szituációkban és afáziatípusokban segítséget jelent (ld. a szókezdő szókieváltó hatása), de nem ritka, amikor gátolja a megnyilatkozás kivitelezését (ld. parafáziák, perszeverációk, echolalia). Disszertációmban a hozzáférés és hozzáférhetőség kérdései között (55–64. oldal) vizsgáltam a perszeveráció és parafáziák megjelenését az afázias beszédprodukcióban.

6.5 A koreferenciaviszonyok zavarai afáziában

A koreferencia művelete – mint a közvetlen szövegbeli referenciák összefogása és működtetése – kontextuálisan meghatározott: a koreferenciaviszonyok megértése és produkciója során a közvetlen ko-textust alkotó szövegtani tényezőkre támaszkodhatunk. A koreferencia – vagyis a névmási koreferencia – igen szoros, gyakran meglehetősen nehezen elkülöníthető kapcsolatban áll a deixis, különösen a diskurzusdeixis eseteivel. Tolcsvai Nagy megállapítása szerint a koreferencia megértését elsősorban az határozza meg, hogy „mindkét nyelvi (szövegbeli) referáló elem kifejtő és fogalmi-e vagy csak az egyik” (Tolcsvai Nagy 2001: 182). Eszerint a fogalmi és a névmási anaforák/kataforák megértése – ezzel együtt pedig produkciójuk is – eltérő erőfeszítést igényel mind a hallgatótól, mind a beszélőtől. Az afázias beszédprodukció szempontjából alapvető különbség van a koreferens és a deiktikus nyelvi elemek produkciója között. Míg az előbbi igen korlátozottan vagy szinte alig jelenik meg az afázias személyek produkciójában, addig

az utóbbi, vagyis a deixis a nyelvi zavar egyik legfontosabb kompenzációs stratégiája. Ennek okait alább, illetve a deixissel foglalkozó következő fejezetben igyekszem feltárni.

A koreferencia és a koreferenciával összefüggő jelenségek működése az afáziás beszédben meglehetősen feltáratlan területe a kutatásnak. Abban a moduláris és a holista kutatások is egyetértenek, hogy a munkamemória fonológiai tárának nem megfelelő működése biztosan szerepet játszik a koreferenciaviszonyok zavartságában: az afáziás személyek többek között azért nem képesek a koreferencia nyújtotta gazdaságosabb – vagy annak tűnő – megnyilvánulási formák produkciójára, mert a már produkált elemek vagy azok egy része nem törlődik a fonológiai tárból. Újabb neurolingvisztikai kutatásokban vizsgálták a traumatikus agysérülést (*traumatic brain injury* = TBI) szenvedett betegeknél a topikisméltlódás megértésére való képességet. A vizsgálatokban arra a következtetésre jutottak, hogy a betegek csak akkor értik helyesen e jelenséget, ha az valamilyen interperszonális aktivitáshoz köthető (Perkins 2005: 4).¹⁶ A TBI-nek az afáziával közös vonása a memóriakorlátozottság, amely megnehezíti mind a topikisméltlódás, mind az ezzel szorosan összefüggő koreferencia működését.

Elsősorban a szintaktikai alapú neurolingvisztikai magyarázatok között találunk a koreferenciára vonatkozó tanulmányokat: az anaforikus és kataforikus viszonyoknak az afáziás beszédben való működését többnyire az ellipszis témaköre alatt tárgyalják. Az ellipszist, azon belül is a VP-ellipszis működési sajátosságait az afáziás megnyilatkozásokban a szintaktikai korlátozottság – azon belül is a mozgatási műveletekre való képtelenség – egyik alapvető tényezőjének tekintik (Bánréti 2005 és 2006; de Roo et al. 2002). Bánréti kutatásaiban azt találta, hogy az előreható VP-ellipszis (pl. *János a repülőgéppel érkezett Londonba, Mari pedig a kocsival érkezett Londonba*; ld. Bánréti 2003) mérhetően több hibátlan produkciót eredményez, mint a hátraható. A jelenséget azzal magyarázza, hogy az afáziás személy sérült szintaktikai rendszere számára jóval könnyebb a balról-jobbra tartó szerkezeti feldolgozás, mint az ezzel ellentétes irányú műveleti felépítés. A szerkezetépítő műveletek mellett a fonológiai memória tárolókapacitásának korlátozottsága is oka lehet a hátraható ellipszis zavarának (Bánréti 2003).

¹⁶ Korábban az afáziát és a traumatikus agysérülést (TBI) nem választották külön, a TBI betegeket afáziásokként tartották számon. Az utóbbi években jelentek meg arra vonatkozó tanulmányok, mely szerint a traumatikus agysérülést elszenvedett betegek az afáziásokkal ellentétben beszélni szintaktikailag jól tudnak, de a kommunikáció egyéb tényezőivel jelentős nehézségeik akadnak. A TBI-ről bővebben ld. Angeleri et al. 2008.

Holista nézőpontból közelítve a kérdést, egyrészt szintén a fonológiai memória korlátozott működésének a ko-textusra való hatását láthatjuk a jelenség mögött. Másrészt a holista szempontú kutatási eredmények azt mutatják, hogy az afáziások a legtöbb kommunikációs szituációban éppen elegendő képességgel rendelkeznek arra, hogy megértsék a közvetlen koreferenciákat (Carlomagno 1994: 16), ám a koreferens elemek produkciója már nehézségekbe ütközik. Vitathatatlan, hogy a koreferencia által nyújtott lehetőségek – az egészséges beszélő számára – a kivitelezés gazdaságosságát szolgálják. Pléh megállapítása szerint „a visszautaló eszközök ugyanis rendszerint rövidebbek, mint azok az elemek, melyekre visszautalnak, s így segítségükkel produkciós időt és erőfeszítést takarítunk meg” (Pléh 1998: 164). A koreferenciális elemek produkciója azonban úgy tűnik, mégis nehézséget okoz a legtöbb afázias személynek, megnyilatkozásaikban – a deixissel ellentétben – alig találunk koreferens elemeket. Disszertációmban emellett foglalkozom állással, hogy a látszólagos pazarlás valójában a korlátozott nyelvi és nyelvtani rendszer számára nyújt egyszerre fonológiai, szintaktikai és szemantikai kapaszkodót. Tolcsvai Nagy a koreferenciaviszonyokkal való összefüggésben megállapítja, hogy „a nyelvi jelentés szempontjából jelentős, hogy a figyelem lehet pillanatnyi vagy hosszabb, erőssége idővel csökken (...), és terjedelme korlátozott” (Tolcsvai Nagy 2011: 32). Mindez a munkamemóriában aktívan tárolt elemek száma miatt jelentős, hiszen az afázias személy korlátozott munkamemória-kapacitással rendelkezik, emiatt pedig a számára hozzáférhető pillanatnyi figyelmi keret is beszűkül.

Angol nyelvű afáziások tipikus hibája, hogy nem tudják megfeleltetni egymásnak a referenst, az arra vonatkozó antecedenst/posztcedenst és az anaforát/kataforát. Abban a megnyilatkozásban, hogy „John playing football. He is...” nem képesek felismerni, hogy a ‘John’ és a ‘he’ szavak referenciája ugyanaz a kontextus segítségével meghatározható személy (erről bővebben: Carlomagno 1994: 17). Hasonló szövegekben ez a jelenség magyar betegeknél nemigen vizsgálható, mivel a névmási koreferencia a magyarban prototipikusan Ø+INFL alakban jelenik meg. Ha – a generatív megközelítéshez hasonlóan – a személyes névmás hiányát is ellipsisnek tekintjük, és ennek értelmében vizsgáljuk az afáziások produkcióját, akkor a VP-ellipsis fentebb bemutatott működéséhez hasonlóan arra jutunk, hogy az afáziások számára az előreható ellipsis könnyebb, míg a hátraható a munkamemória korlátozottsága miatt nehezebb (Bánréti 2005). Nem moduláris keretben ez azt jelenti, hogy az anaforát tartalmazó mondatok feldolgozása az afáziások számára könnyebb, mint a kataforikus mondatoké. Noha ez a jelenség az egészséges beszélők beszédére is jellemző, az afázias beszédben a természetes feldolgozási mechanizmus

jellege mellett a munkamemória korlátozottsága is hozzájárul az eredményhez. Mire ugyanis a beszélő megnyilatkozásában a kataforától eljut a posztcedensig, számos más grammatikai, kontextuális és metanyelvi információt kell elraktározni, feldolgozni és produkálni, miközben még nem nevezte meg a fogalmi jelentéssel bíró posztcedenst. Ez pedig a sérült rendszert rendkívül megterheli.

Ahhoz, hogy az afáziás a társalgásban minél aktívabban, és minél több megnyilatkozást megértve vehessen részt, a beszélgetőpartner vagy terapeuta célzott irányítása szükséges: meg kell adnunk – illetve egyértelművé kell tennünk – a kommunikációs referenciákat ahhoz, hogy az afáziás személy a közlési szándéknak megfelelő jelentést interpretálja (Carlomagno 1994: 44). Ehhez, úgy tűnik, néha elengedhetetlen a redundancia növelése. Noha néhány oldallal följebb (122–124. oldal) éppen a redundancia csökkentésének az afáziás beszédben való rendkívüli fontossága mellett érveltem, jelen alfejezetben a koreferenciaviszonyok korlátozottságának egyik okát mégis a redundancianövelés megértést elősegítő hatásában látom. Az ellentmondás azonban csak látszólagos, amely a kontextus és a ko-textus eltérő, az afáziás beszédben gyakran ellentétes hatást kiváltó tényezőiben keresendő. Míg a kontextuális ismeretek nagyrészt szemantikai és pragmatikai információkat tartalmaznak, tehát az afáziásoknál jellemzően jobban működő képességhez kapcsolódnak, így pedig szükségessé és lehetővé teszik a kontextuális redundancia csökkentését, addig a közvetlen ko-textusra vonatkozó jellemzők éppen ellentétes irányú folyamatot idéznek elő. A ko-textus szintaktikai, morfológiai és fonológiai összetevőinek feldolgozása ugyanis éppen az afáziások nyelvi zavarának kulcskérdése: a korlátozott nyelvtani képességekkel rendelkező nyelvi rendszer a ko-textuális redundancia növelésével képes kompenzálni. Az alábbiakban néhány példán keresztül igyekszem megállapításomat alátámasztani.

A vizsgált afáziás korpusz azt mutatja, hogy a koreferencia alapvetően máshogyan működik a neologizmusokkal terhelt fluens beszédben, mint a nonfluens agrammatikus beszédben. Bár Zs. és R. megnyilatkozásaiban nem hasonló arányban találunk anaforikus és kataforikus elemeket, a koreferencia, és az ehhez szorosan kapcsolódó ellipszis megjelenési formái hasonlóak. Zs. beszédében 65:35 arányban találunk anaforikus és kataforikus elemeket, míg R. megnyilatkozásaiban ez az arány 93:7 az anaforikus kifejezések javára. Mindkét páciensről elmondható, hogy nehezen tudják kihasználni a koreferencia nyújtotta lehetőségeket.

- (29) R.: nem néztem a balról jö..vő villamost, hanem a jobboról
jobbról jövőt azt néztem és elütött a bal balról jövő
villamos elütött engem.

Az utolsó tagmondat, úgy tűnik, két tagmondat összerántásával keletkezett: az *elütött a balról jövő villamos* és az *a balról jövő villamos elütött engem* két, önmagában is teljes értékű megnyilatkozás. A beteg nem képes a koreferencia adta lehetőségek kihasználására, hanem „bebiztosítja” a megnyilatkozását, és az anafora vagy katafora alkalmazása helyett a referensre közvetlenül utaló fogalmi formát alkalmazza. Ennek a jelenségnek legalább két magyarázata lehetséges. Az egyik a fentebb már említett munkamemória-korlátozottság, és a koreferenciaviszonyokat szükségképpen meghatározó szintaktikai tényezők. A másik magyarázat az lehet, hogy az antecedenst utaló névmási jelölők nem kifejtett, implicit voltuknál fogva nehezebben feldolgozhatók az amúgy is sérült kognitív rendszer számára. Mindazonáltal, ahogy azt a fenti példa mutatja, a kontextus által meghatározott deiktikus viszonyok viszonylagos elvontságuk ellenére mégis jól működnek az afáziás beszédben. Fontos megjegyezni, hogy szinte bármilyen deiktikus kifejezés használatakor a beteg rendelkezésére áll a gesztusnyelv és a mimika is, amely által a nyelvi interakció könnyebben interpretálhatóvá válik.

Zs. beszédének elemzése során feltűnő, hogy a vizsgálati személy többnyire elakad produkciójában, amikor szerkezetileg egy koreferens elem következne megnyilatkozásában. Így a koreferencia alkalmazása helyett – R.-hez részben hasonlóan – az antecedenst vagy akár a teljes tagmondatot ismétli meg. R. beszédével ellentétben azonban Zs. nem jut mondandója végére az antecedens elismétlése után sem, ekkor többnyire „feladja”, majd befejezi megnyilatkozását.

- (30) Zs.: Mióta fut öö va vagy futsz. Mióta vagy öö az ami... Az a hét vagy múlt hét vagy a amióta te futsz.

- (31) Zs.: Na persze, persze de a logopédiát úgy értettem, hogy a torna meg a... to na na aa ö... logopédia és a torna... és és a és a külön a torna és tornászni... csak úgymond tornászni, szóval nem nem nem csak... és mi sem nem csináljunk, szóval ki mutasson nekem egyet mutasson egyet, aki aki aki most mutasson egyet tényleg na aki aki csak ööö tornászást volt, vagy.

A Zs.-től származó második példában a kontextus alapján Zs. azt szeretné kifejezni, hogy az afáziás beszélők számára egyformán fontos a logopédiai fejlesztés és a gyógytorna is, ám kevesen vannak, akik mindkettőt – különösen a tornát – megfelelő intenzitással végzik.

A korpusz vizsgálata során kitűnt, hogy az egyes afáziatípusokban eltérő a koreferencia alkalmazása. A Wernicke afáziás V. beszédében a koreferenciális viszonyok

elemzése meglehetősen akadályokba ütközik, mivel a beteg megnyilatkozásainak tartalma gyakran nehezen követhető, szintaktikai elemzésre többnyire alkalmatlan. Ebben az összefüggésben pedig azt is igen nehéz megállapítani, hogy mely összetevők tekinthetők anaforának vagy kataforának. A nehézség ellenére mégis kirajzolódni látszik a koreferencia három jellegzetes alkalmazási köre beszédében. V. leggyakrabban úgy használ anaforának tűnő nyelvi formákat, hogy az antecedenst a megnyilatkozásban sehol nem találjuk, de jelenléte V. belső beszédében a végül vokalizált megnyilatkozásban impliciten is érzékelhető.

- (32) C: Akkor csinál az ember bundás kenyeret, amikor már semmi nincs otthon. Ugye? Még egy kis régi kenyér van, és van két tojás, és valamit enni kéne. Ez ilyen férfi feladat, nem? Gondolom. A L. ilyet főz, ha nincs jobb ötlete. (*V. jelentkezik*) Mondjad édes.
 V: Igen igen. És utána akkor volt hogy **ezeket** próbáltam pëndem este amikor **ezt** csináltam és utána akkor láttam hogy hát nem nem mostan hagynam külön és majd én csinálom utána folytatódik az ülén **ez** nekem olyan tasz szám érted hogy segíten segítenem most majd megsegítenem ott voltam már.

A kontextusból kikövetkeztethető, hogy V. arról beszél, betegsége óta nem képes vezetni a háztartást, nem tud főzni, bár nagyon szeretne. Noha a példában idézett és félkövéren kiemelt anafora jellegű formák akár diskurzusdeixisként is értelmezhetőek lennének, a kontextusból, illetve a megelőző fordulókból inkább az anaforaként való értelmezés valószínűsíthető. A beszélgetés témája az, hogy a jelenlévő férfiak el tudnak-e készíteni egy bundás kenyeret. V. megnyilatkozása csak részben tartozik a témához, mivel ő arról beszél, hogy főzni szeretne, de nem tud. Valószínűnek tűnik, hogy a bundás kenyér elkészítése alárendelt fogalomként aktiválta V. mentális lexikonában a fölérendelt főzés és az azzal összefüggő háztartásvezetés tudáskeretét és forgatókönyvét, ezért megnyilatkozásában már a főzésről általában beszél, nem a bundás kenyér készítésének konkrét folyamatáról. Ennek értelmében pedig megnyilatkozásából kimaradt a részleges témaváltás nyelvi jelölése, arra már csak egy anafora formájában kiejtett szóból következtethetünk. A félkövéren kiemelt anafora jellegű formák mind a háztartásra vonatkoznak. Úgy tűnik tehát, hogy V. beszédében az egyértelmű referenciával bíró antecedens helyett gyakran már csak az arra utaló anafora jelenik meg. V. beszédére fokozottan jellemző a diskurzusdeixis és a koreferencia elkülönítésének nehézsége, amely jelenség ugyan az egészséges beszélők megnyilatkozásaira is vonatkozik, V. esetében a gyakran zsargonszerű beszéd miatt különösen problémás.

- (33a) V: Megműtötték! Ó, de jó! És **ez** mi az ahhoz, hogy én nem tud moszt kisz kéne beszélgetnünk tégedet?

(33b) V: Siókos. Biókos. **Ez** nem jó. Bióklos. Hogy kell **azt** mondani.

Bár a vizsgálati személyek száma nem teszi lehetővé, hogy valóban releváns megkülönböztetéseket tehessünk a szenzoros és motoros afáziás beszédben a koreferenciára vonatkozóan, az azonban a vizsgált korpuszból is látható, hogy az afáziás személyek mind egymásról, mind az egészséges beszélőktől eltérő jellemzőket mutatnak.

6.6 Eredmények és következtetések

Jelen fejezetben a kontextusnak az afáziás nyelvi tevékenységre gyakorolt hatásainak jellegzetességeit igyekeztem bemutatni. A szituációs és tematikus kontextus összetevői az afáziás személyek számára kapaszkodót nyújtanak nemcsak a beszédprodukciónban, de a megértésben is. A vonatkozó kutatások és saját elemzésem alapján a vizsgált afáziásokra vonatkoztatva megállapítottam, hogy

- mind a nyelvi, mind az extranyelvi kontextus hiánya negatívan befolyásolja a vizsgálati személyek produkcióját, valamint a szemantikai és szintaktikai feldolgozást;
- a kontextus szerepe az afázia súlyosságával egyenes arányban nő;
- a kontextus befolyásoló szerepe azért érvényesülhet erősen az afáziás beszédprodukciónban és -megértésben, mert a diskurzust szervező nyelvi és nemnyelvi összetevők, és a működésükhöz szükséges folyamatok a jobb félteke bizonyos területein reprezentálódnak;
- az afáziás személyek számára a nonverbális információk a korlátozott nyelvi képességek kompenzációját szolgálják, valamint a megértés folyamatát könnyítik, ehhez járul hozzá a szituációs kontextus tényezőinek minél alaposabb kiaknázása;
- a diskurzus személyközi viszonyai megkönnyítik az afáziás beszédprodukción: a páciensek minél biztosabbnak érzik helyzetüket és szerepüket egy-egy szituációban, annál jobb teljesítményre képesek;
- a tematikus kontextus vizsgálata során már a korábbi fejezetekben is megállapítottam, hogy az alapszintű és prototipikus kategóriaelemek gyakran még súlyos afáziában is viszonylag épen maradhatnak;
- a statikus tudáskeretek sértetlenebbek maradhatnak az afáziát okozó sérülés következtében, mint a dinamikus és többnyire összetett forgatókönyvek;
- a redundancia-csökkentés szempontjából megállapítható, hogy minél jobban ismeri az afáziás személy a diskurzus résztvevőit, annál több információ maradhat implicit;
- az afáziás beszédprodukciónban megjelenő redundáns elemek automatikusak, a tudatosan létrejövő redundancia nem jellemző;
- az afáziás személyek egy része nem képes a relevancia elvének alkalmazására: nem értik az iróniát és a gúnyt vagy éppen nem megfelelő helyzetekben produkálnak ironikus vagy gúnyos megnyilatkozásokat;

- a fluens afáziás beszédben a redundancia a nyelvi koordinációs rendszer zavarának következménye, ezt jelzi, hogy a beteg gyakran tisztában van korlátozottságával, változtatni azonban nem képes rajta;
- a társalgási implikátúrák vizsgálata az afáziás beszédprodukcióban nem releváns;
- az udvariassági elvek változatosan sérülnek, de többnyire nem maradnak épen, amely tényező gyakran vezet félreértéshez afáziás és afáziás, valamint afáziás és egészséges beszélő kommunikációjában is;
- az afáziás személyek nem veszítik el késztetésüket a diskurzusban való részvételre, és kommunikációs mintázataik az egészséges beszélőkhöz hasonlóak;
- a diskurzusfolyamatot, illetve a diskurzus létrehozásár meghatározó összetevők jobban megmaradnak afáziában mint a beszédprodukció maga;
- az afáziás személyek számára könnyebbséget jelent a megértés során a diskurzusban a minél több explicit információ.

A ko-textusnak az afáziás beszédprodukcióra gyakorolt pozitív és negatív hatásai az afáziás személy stratégiájának megfelelően alapvetően befolyásol(hat)ják a diskurzusstruktúra felépítését. Az afáziás beszédben a ko-textussal összefüggő tényezőkre ható legfontosabb mentális nehézség a munkamemória, azon belül is a fonológiai tár korlátozott működése. A ko-textusnak mint fonológiai tényezőnek az afáziás beszédre vonatkozó hatásait a *4.2.2 Az előhívhatóság zavarai* című alfejezetben vizsgáltam (perszeverációk, de részben ide tartozik az itt nem elemzett szókezdet szó kiváltó hatása is) csakúgy, mint a szintaktikai és szemantikai tényezőinek hatásait (parafáziák).

Részben a ko-textus által meghatározott művelet a koreferencia. A jelenség moduláris és holista megközelítése alapvetően eltér abban a kérdésben, hogy a koreferenciaviszonyok zavara a nyelv gazdaságossági folyamataival ellentétes vagy éppen azoknak megfelelő működést jelent-e az afáziás beszédben. Dolgozatomban amellet érvelek, hogy a koreferenciális viszonyok képzésére való viszonylagos képtelenség éppen amiatt történik, mert az afáziás személy számára fonológiai, szintaktikai és szemantikai szempontból is könnyebbséget jelent a redundáns kifejezési mód. Noha a kontextus által támogatott beszédshituációkban az afáziások előszeretettel alkalmazzák a redundanciacsökkentő lehetőségeket, a közvetlen ko-textus megértése és létrehozása során éppen a redundancia növelése a megnyilatkozás sikerességét elősegítő tényező.

7. A deiktikus viszonyok működése és megjelenési formái

A spontán természetes társalgások jellemzője – a látszat ellenére – a referenciális koherencia. A társalgásban részt vevők számára a közös tudás és a beszédesemény minden fontos tényezőjének kölcsönös ismerete következtében az egyes megnyilatkozások koherens egységet alkotnak akkor is, ha a külső szemlélő számára ez nem feltétlenül nyilvánvaló. A koreferenciális viszonyok és a deixis jelenléte az, amely alapvetően felelős ennek a koherenciának a megteremtéséért. A nyelvi tevékenység során a befogadók alapvető kognitív képessége, hogy a beszédeseményen belüli és azon kívüli tér-, idő- és személyközi viszonyokat ne csupán saját kiindulópontjukból, de a deiktikus kivetítés segítségével más kiindulópontból is fel tudják dolgozni (Laczkó – Tátrai 2012: 234). Mindez az afáziás személyek számára – a nyelvi zavar mellett meglévő más kognitív zavarok miatt – nagyobb nehézséget jelent.

A deixis megjelenési módozatainak vizsgálata az afáziás beszédben hozzájárulhat mind a nyelvi rendszer, mind az alapvető kognitív funkciók (mint a figyelemirányítás, a memória vagy a tanulási mechanizmusok) jobb megértéséhez, emellett a sikeres kommunikációt segítő tényezők egyik legfontosabb kompenzációs stratégiája is egyben. Ennek ellenére sem a nemzetközi, sem a magyar könyvtárak polcai nem roskadoznak a deixis működését és jellegzetességeit az afáziás személyek megnyilatkozásaiban bemutató tanulmányoktól. Magyar szakirodalom a témában egyáltalán nem született, és a nemzetközi porondon is néhány rész kutatást, valamint néhány utalást találunk csak (Becker 2001: 21–23; Carlomagno 1994: 11–14; Goral – Kempler 2009; Ingram 2007: 32–34; Løevenbruck et al. 2005; March et al. 2009; Tallberg 2001).

7.1 A deiktikus nyelvi kifejezések

A megnyilatkozásainkat átszövő deiktikus kifejezések a kontextus tér, idő és személyközi viszonyait vonják be a megnyilatkozás nyelvi valóságába, vagyis kapcsolatot teremtenek a megnyilatkozás és annak közege között (Tátrai 2010: 212). A megnyilatkozások során létrehozott üzenetek kommunikációs adekvátsága igen fontos tényezője a társalgásnak. Az afáziás személyek beszédében ennek mind a beszédprodukció, mind a beszéd észlelése és feldolgozása szempontjából fokozott jelentősége van: a gesztussal kísért vagy csak

verbálisan kifejezett deiktikus nyelvi elemek nagy segítséget jelentenek számukra. Nyelvi zavaruk miatt legegyszerűbben a deixis segítségével tudnak referálni azokra az eseményekre, cselekvésekre vagy entitásokra, amelyekről megnyilatkozni kívánnak (Becker 2011: 22). A deixis mint a kontextust a megnyilatkozással összekötő nyelvi elem egocentrikus szerveződése miatt is kiváló eszköz a nyelvi és kommunikációs zavarral küzdő személyek számára.

A deixis fokozott szerepe az afáziás diskurzusokban nyilvánvaló: a páciensek anélkül nevezhetik meg az őket körülvevő téri, idői vagy személyközi viszonyokat, és anélkül utalhatnak a diskurzus konkrét elemeire, hogy meg kéne nevezniük a deiktikus nyelvi elem valós világbeli referenciáját. Dolgozatomban a négy alapvető deixistípus, úgymint a tér-, az idő-, a társas és a diskurzusdeixis működését mutatom be afáziás és az afáziából gyógyult személyeknél, összehasonlítva egészséges beszélők eredményeivel.¹⁷ A kontrollcsoport eredményeit mindig a hat kontrollszemély produkciójának átlagaként mutatom be, míg az afáziások és a két gyógyult személy adatait személyre lebontva elemzem. A vizsgálatban részt vevő afáziások produkciójának átlagát csak néhány olyan összefoglaló esetben tüntetem fel, ahol az indokolt. Ilyen az egyes deixistípusok előfordulását bemutató összefoglaló táblázat is a három csoport (afáziás, gyógyult, kontroll) megnyilatkozásaiban:

	Afáziás	Gyógyult	Kontroll
Térdeixis	12%	10%	11%
Idődeixis	26%	26%	29%
Diskurzusdeixis	32%	34%	35%
Társas deixis	30%	30%	25%
Összesen	100%	100%	100%

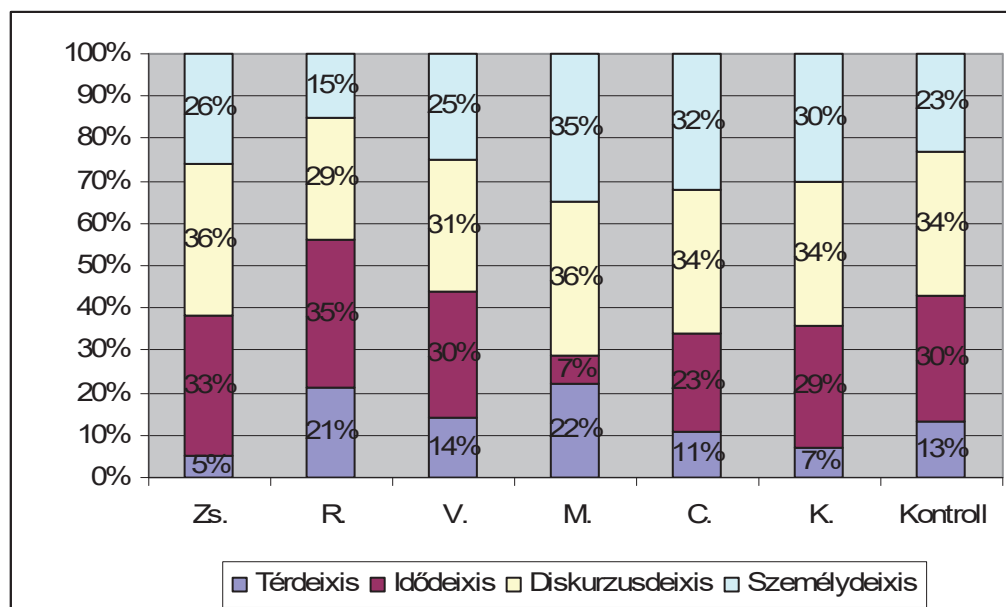
19. táblázat: Az egyes deixistípusok előfordulásának összefoglaló táblázata

Az afáziás és a gyógyult csoportban a deixistípusok gyakorisági aránya és sorrendje megegyezik. A kontrollcsoport eredményei csupán a társas deixis esetében térnek el: az egészséges beszélők kevesebb személyre utaló elemet alkalmaztak megnyilatkozásaikban, mint agysérülésen átesett társaik. Az azonban megfigyelhető, hogy mindhárom csoportnál a diskurzusra való közvetlen reflexiót lehetővé tevő diskurzusdeixis a legtöbbször előforduló típusa a deiktikus nyelvi elemeknek. Az afáziás és a gyógyult csoportnál ezt a – többnyire az adott társalgás személyközi viszonyaira utaló – társas deixis követi.

¹⁷ Az afáziás és az egészséges beszélők korpuszáinak összehasonlítása nem minden esetben tehető meg, úgy, hogy az eredmény valóban releváns legyen, ezeket külön jelezni fogom.

Mindhárom csoport beszédében a térdeixis megnyilvánulási formái fordulnak elő legkevesebbszer: a deiktikus kifejezések 10–12 százaléka tartozik csak ebbe a kategóriába.

Az afáziás és a gyógyult csoport eredményeit, valamint a kontrollcsoport eredményeit személyre lebontva a következő táblázat mutatja be.



9. ábra: Az afáziás személyek (Zs., R., V. M.), a gyógyult személyek (C. és K.), valamint a kontrollcsoport eredményei

A vizsgálati személyek beszédében a deiktikus nyelvi elemek megjelenésének gyakorisága szintén tovább árnyalhatja a képet. A kontrollcsoport deixis/szó eredményei nem mutatnak nagy eltérést (9–10%) a BEA adatbázisból származó négy kontrollszeméllynél, és egységes a terapeuták beszédében is (12,5%). Ez utóbbi magasabb aránya minden bizonnyal az eltérő társalgástípusoknak köszönhető, valamint annak, hogy a páciensekkel való kommunikáció során szükséges a részletes körülírás, amelynek lehetőségét a deixis teremti meg. Megjegyzendő, hogy a két terapeuta és a két gyógyult személy beszédében szinte azonos arányokban és sorrendben jelennek meg az egyes deixistípusok. A négy személyben közös, hogy mindannyian koordináló szerepben vettek részt a társalgásokban: a terapeuták mindig, míg a két gyógyult személy akkor, amikor egy-egy beszélgetésre a terapeuták még nem érkeztek meg. Mindkét gyógyult személyről elmondható, hogy szívesen és gyakran irányították a beszélgetéseket.

Az afáziás eredményekben a kontrollcsoporttal ellentétben nagy szórást látunk a megnyilatkozásokban megjelenő deiktikus nyelvi kifejezések arányát illetően. A legkevesebb deiktikus elemet nem meglepő módon a globális afáziás beteg produkálta: megnyilatkozásainak mindössze 6%-át teszi ki a deixis. Némi magyarázatra szorul az ő eredményeinek elemzése, hiszen a páciens beszédében csak az *igen* és a *nem tudom*

megnyilatkozások tekinthetők grammatikusnak és fonológiai is helyesnek, megnyilatkozásainak többi része nem tartalmaz egész értelmes szavakat. A nyelvtani alapú magyarázatok, amelyek a globális afáziát mint a nyelvi rendszer szinte teljes elvesztését tartják számon, nem vizsgálják azokat a kommunikációs és diskurzuselemeket, amelyek segítségével az érintett betegek mégis képesek adekvát és a befogadók számára is értelmezhető módon megnyilatkozni. A globális afáziások beszédértésének mértéke máig megosztja a kutatókat. A pragmatikai szemléletű afáziakutatás hívta fel a figyelmet arra, hogy a globális afáziában szenvedő betegek bizonyos – számukra jól ismert – kontextusokban és beszédhelyzetekben többnyire igyekeznek az általuk is elérhető nonverbális kommunikáció lehető legtöbb csatornáját kiaknázni. A kommunikációra irányuló kísérleteik pedig bizonyos mintázatokat mutatnak, amelyek a tervezés folyamatának meglétére utalnak. M. produkciója esetében a szóbeli megnyilatkozások többnyire nem állnak önmagukban, hanem gesztusok kísérik azokat. A páciens megnyilatkozásait verbális és nonverbális csoportra osztottam. Nonverbális gesztusait a fent felsorolt négy deixistípus szerint elemzem minden olyan esetben, ahol a gesztus egyértelműen jelzi a beszélői szándékot. Hasonlóan járok el a verbális megnyilatkozásoknál is. Csak azokat a szavakat tekintem deixisnek, amelyek a szöveggörnyezet és a valószínűsíthető beszélői szándék szerint is annak minősíthetők. A személy- és a diskurzusdeixis esetében a célzott rámutatásokat tekintem a gesztussal kifejezett deixis nyilvánvaló formájának. Figyelmen kívül hagytam a bármilyen szempontból nem egyértelmű eseteket. Ő az egyetlen vizsgálati személy, aki a legkevesebb idődeiktikus elemet produkálta, ami azonban állapotának ismeretében korántsem meglepő: ez az a deixistípus, amely pusztá gesztikulációval nemigen fejezhető ki. A diskurzusra közvetlenül utaló deiktikus elemeket találjuk megnyilatkozásaiban legnagyobb számban. A beszédében leggyakrabban előforduló deixistípus még a személydeixis, ám kizárólag egyes szám első személyű, alanyesetű formában. A megnyilatkozásaiban megjelenő deiktikus elemek nagyobb része gesztussal, és csak kisebb részben nyelvileg is kifejezett deixis. Erre azonban az egyes deixistípusok elemzésénél külön kitérek.

A kontrollcsoport átlagánál több deiktikus megnyilvánulást egyedül a fluens Wernicke afáziás személy produkált, beszédében minden hatodik szó deixis. Beszédében a diskurzusdeixis a leggyakoribb elem, amit az idő- és a személydeixis követ. A vizsgálati személyek háromnegyedéhez hasonlóan az ő megnyilatkozásaiban is a térdeixis a legkevesebb formában és alkalommal előforduló elem. Beszédében a deixis elemzését paragrammatikus, vagyis többnyire grammatikus ragokkal ellátott neologizmusokkal

tarkított megnyilatkozásai teszik nehézkesé. Vizsgálatomba a szemantikailag korrekt és elemezhető megnyilatkozások deiktikus elemeit vontam be, az értelmezhetetlen megnyilatkozásrészleteket (szósalátákat vagy a megértést megnehezítő vagy lehetetlenné tevő paragrammatikus fordulatokat) figyelmen kívül hagytam.

A deixis gyakoriságának mérésében a kontrollcsoporthoz hasonló arányokat találunk a nonfluensnek tűnő, de valójában fluens anomikus beszédű R. (9%) és a nonfluens, Broca afáziás Zs. (12,5%) produkciójában. R. beszédében a deiktikus elemek aránya a kontrollcsoport beszélőinek eredményeihez közelít; nem kizárt, hogy a betegsége óta eltelt idő hosszúságának ebben a tekintetben is befolyása van beszédprodukciójára. A Zs. beszédében található deixis-előfordulások a terapeuták eredményeihez hasonlítható. R. esetében külön megjegyzendő, hogy ő az egyetlen az afáziás, akinél a személydeixis aránya nem teszi ki az összes deiktikus elem negyedét: beszédében mindössze 15% a személydeixis aránya.

Az alábbiakban az egyes deixistípusokat mutatom be részletesen, kitérve az afáziás jellegzetességekre.

7.2 Térdeixis

7.2.1 A tér érzékelése és a tér deiktikus kifejezési módjai

A térérzékelés az emberi kogníció központi és univerzális eleme, amely nyelvi megnyilatkozásainkban is kifejeződik (Zlatev 2007: 318). A valós és az elképzelt tér mentális feldolgozása agyi műveletek összetett működésének eredménye. A térben való elhelyezés/elhelyezkedés feldolgozásának sikerességéért számos kognitív részképesség együttműködése felelős: a forma-, szín-, méret-, mélységészlelés, a távolság észlelése, a mentális forgatás, valamint a vizuális memória mind szükséges elemei a sikeres feldolgozásnak vagy cselekvésnek. Ezek a funkciók azonban képesek egymástól függetlenül és igen változatos mintázatokban sérülni. A neuropszichológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a téri képzelet és a vizuális rendszer épsége egymástól független tényezők (Baddeley 2003: 139). A tér kifejezésének témájában végzett nyelvészeti kutatásokat kiválóan kiegészítik a vonatkozó pszichológiai és neuropszichológiai kutatások. Eszerint különálló (munka)memóriarendszer – az ún. téri-vizuális vázlattömb – áll rendelkezésre a téri információk tárolásához és felhasználásához. Számos – anyanyelvelsajátítással vagy

sérült agyi folyamatokkal foglalkozó – kutatás bizonyítja a téri megismerésnek a nyelvi folyamatokkal való szoros kapcsolatát (ld. pl. Racsmány 2004; Kállai 2008; Sinha et al. 1994). Vizsgálati eredményeik összhangban állnak a kognitív nyelvészet egyik alapvetésével is, amely szerint „a térbeli tájékozódás elemi kogníciói ikonikusan megmutatkoznak mind az elemi, mind az összetett nyelvi formákban” (Tolcsvai Nagy 1999: 155).

A térérzékelés és téri tájékozódás egocentrikus szerveződésű: az origót meghatározó három összetevő (én–itt–most), vagyis a mindenkori beszélő nézőpontja adja, amelyhez képest a térben történő mindenfajta mozgást vagy irányulást meghatározunk (Tolcsvai Nagy 1999: 156). A tér nyelvi leírására ezzel összefüggésben számos kifejezési mód adódik, amelynek részletes bemutatására e tanulmány keretében nem vállalkozom (ld. bővebben Levinson – Wilkins 2006; Tallberg 2001; Vater 1991; Tolcsvai Nagy 1999; 2001 és 2006). A megnyilatkozás vagy a szóban forgó entitás téri viszonyait meghatározó nyelvi elemek jelölhetik a relatív elhelyezkedést, a mozgás kiindulópontját, célpontját vagy irányát (Tátrai 2010: 219). A mindenkori beszélőhöz, egy kijelölt dologhoz vagy személyhez viszonyítva leggyakrabban a közel és távol kategóriái szerint határozzuk meg a megnyilatkozásban megjelölt entitásokat úgy, hogy a mindenkori beszélő elhelyezkedését tekintjük origónak. A közel-távol kategóriák interpretációja, illetve feldolgozása függ a figyelemirányulástól és az előtér-háttér megkülönböztetésétől is (Laczkó 2009: 236). A tér nyelvi leképezését a közelség és távolság viszonyaival szoros összefüggésben meghatározza még a beszédesemény teréhez való viszony. Amikor a beszédesemény terén kívül eső entításra irányítjuk beszélgetőpartnerünk figyelmét, akkor egy – a megnyilatkozótól különböző téri koordinátákkal rendelkező – entitást veszünk alapnak, amelyhez képest a figyelem fókuszában álló entitást meghatározzuk. Ahogyan arról a 4. fejezetben már részletesen is szó esett, az afáziások számára a figyelemirányítás meglehetősen nehézségekbe ütközik, egyszerre csak egyetlen eseményre vagy entításra képesek fókuszálni. A tér- és időviszonyok vizsgálata során azonban nem csupán ez a kísérőtünet, de maga a téri korlátozottság zavara, és a folyamatok egymásutániségének érzékelésére való gyakori képtelenséggel is számolnunk kell, amikor afázias személyek téri és idői kifejezésformáit vizsgáljuk.

A korpuszon végzett vizsgálat eredményei is ezt látszanak alátámasztani: noha a tér és más szemantikai tartományok között szoros összefüggést találunk, hiszen számos térrel kifejezett idői vagy diskurzusra utaló kifejezést alkalmazunk, amelynek magyarázata a tér leginkább konkrét volta (vö. Zlatev 2007: 319), mégis a térdeiktikus kifejezési formákból

találjuk a legkevesebbet az afáziás, a gyógyult és a kontrollcsoportban is. A térdeiktikus kifejezések előfordulásának sokszínűségében azonban jelentős eltérést találunk a csoportok között. Általánosságban megállapítható, hogy az afáziás betegek számára a legnehezebb deixistípus a térdeixis.

7.2.2 A térdeixis kifejezési formáinak jellegzetességei afáziás személyeknél

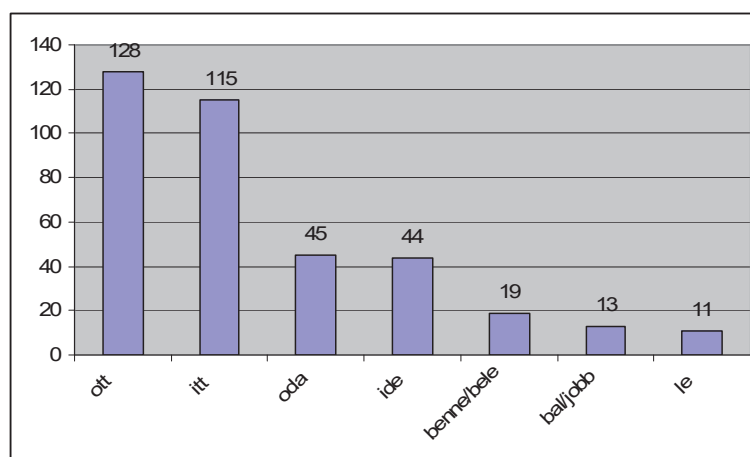
A térdeixis nyelvi kifejezési formái Tátrai nyomán a következők: a határozószói névmások, bizonyos helyhatározószók, valamint a mutató névmások és azok ragozott alakjai (Tátrai 2010: 220). Bár az alább vizsgált mutató névmási alakok egy része nem csupán tér-, de diskurzusdeiktikus és diskurzusjelölői funkcióban is megjelenhetnek, jelen alfejezetben kizárólag a térdeiktikus funkciójú névmásokat vizsgáltam.

Ahogy a 9. ábrán láthattuk, a térdeiktikus kifejezési formákból találjuk a legkevesebbet az afáziás, a gyógyult és a kontrollcsoportban is. A térdeiktikus kifejezések előfordulásának sokszínűségében azonban jelentős eltérést találunk az egyes csoportok között. Általánosságban megállapítható, hogy az afáziás betegek számára a legnehezebb deixistípus a térdeixis. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy az afáziás személyek – gyakran még a gyógyult egykori betegek is – egyszerre csak egyetlen entitásra képesek fókuszálni. Emellett sérülhet több más, a téri megismeréssel is összefüggő kognitív és fizikai képességük is. A vizsgált páciensek közül hárman jobb oldali hemiplégiával (*végtagbénulás*) küzdenek (Zs., R. és M.), a negyedik beteg (V.) a felvétel idején már mindkét oldali végtagjainak mozgatására képes volt, de korábban maga is küzdött hemiplégiával, amelynek nyomai megmaradtak. Mind a betegek, mind a nyelvileg gyógyult egykori páciensekre kivétel nélkül igaz, hogy az – eltérő mértékű – látótérkiesés is betegségük kísérő tünete, amely a nyelvi képességek visszaállása után is megmaradt. R. kivételével a többi vizsgálati személy a téri tájékozódás zavarával is küzd. A hétköznapi életben R. tökéletesen képes a tájékozódásra, egyedül közlekedik, és akár térkép alapján is eljut bárhová. V. a vizsgálat időpontjában egy-két jól begyakorlott és a lakhelyéhez közel eső helyre képes volt egyedül is eljutni, míg Zs. és M. nem közlekedik önállóan.

A vizsgált páciensek közül kettőnél (Zs. és V.) a térdeixis kifejezési formái jelentek meg legkevesebbszer, további két betegnél pedig (M. és R.) az utolsó előtti helyen álltak a térdeiktikus kifejezések. A két gyógyult egykori beteg beszédében szintén a térdeixis jelent meg legalacsonyabb számban. Ezek az arányok nagyjából megegyeznek a kontrollcsoportnál tapasztaltakkal. Az afáziás csoportban az összes deiktikus elemhez

képest a térdeixis 12%-ot tett ki, a gyógyult csoportban 10%-ot, a kontrollcsoport eredményeiben pedig 11%-ot. Az eredmények tehát azt mutatják, hogy a térdeixis alkalmazásának arányaira nincsen hatással az afáziás nyelvi zavar. A térdeiktikus elemek összetettségét és variációit vizsgálva azonban előjönnek az agysérülés miatt fennálló nyelvi és más kognitív zavarok következményei. A korpusz vizsgálati eredményei alátámasztják azt a tényt, amelyről a legtöbb afáziás beszámol: csak azt látja, ami előtte van, „csőlátása van”, ahhoz, hogy többet lásson a világból, forgatnia kell a fejét. Az origónak tételezett *egohoz* képest meghatározott, nyelvileg kifejezett térbeli elhelyezkedések megjelenési formái is ezt támasztják alá. A teljes, mindhárom vizsgálati csoportot magába foglaló korpusz ötvenkétféle térdeiktikus nyelvi jelölőjéből 45 elem a vizsgált 4 afáziás és 2 gyógyult személy eredményeiben csak egy vagy két személynél fordult elő. Mindegyik vizsgálati személy beszédében megtalálható a térdeixis négy legprototipikusabb kifejezési formája, vagyis az *itt*, *ott*, *ide*, *oda* mutató névmások. Nagy szóródás van a térdeixis különféle megnyilvánulási formáinak használatában. A kontrollcsoport átlagosan 15 különböző térdeixisformát alkalmazott megnyilatkozásai során, ehhez hasonló eredményt látunk a fluens anomikus afáziás R. (12 típus) és a gyógyult K. (13 típus) beszédében. 20-20 különféle térdeixist használt a Wernicke afáziás V. és a gyógyult C. A legkevesebb térdeixisfajtát a Broca afáziás Zs. (hatféle) és a globális afáziás M. beszédében találhatjuk. A globális afáziás M. 9 különféle térdeixist használt, amelyből verbálisan az *itt*, *ott* és az *oda* elemek jelentek meg, a többi nonverbális gesztusdeixis – nem érthető verbális megnyilatkozással. A gesztusdeixisek jellegzetes mozdulatokat jelentenek, így a páciens balra-jobbra, körbe-körbe, adott irányba, fölfelé, magától eltávolodó és két tárgy egymáshoz való közelségét mutató gesztusokat használt. Az eredmények azt mutatják, hogy Zs. és M. az átlagnál szignifikánsan kevesebb térdeixis-fajtát használ, míg V. szignifikánsan többet. A gyógyult személyek térdeixishasználata szinte azonos arányokat mutat a kontrollcsoporttal.

Az egyes térdeixist jelző kifejezések gyakorisága között jelentős különbségek találhatók. A mindhárom vizsgált csoportot átfogó teljes korpuszban mindössze 7 olyan térdeixis-elemet találunk, amely tíznél többször fordul elő. Ezek – gyakorisági sorrendben – a következők: *ott* (128 db); *itt* (115 db); *oda* (45 db); *ide* (44 db); *bele/benne* (19 db); *bal/jobbb* (13 db); *le-* (11 db).



10. ábra: A leggyakoribb térdeixistípusok

Az eredményekből jól látható, hogy a két leggyakoribb térdeixis (*ott* és *itt*) 65%-át teszi ki a leggyakoribb térdeixisformáknak. Az elhelyezés vs. irányadás szempontjából párba rendezve a négy leggyakoribb névmást (*itt*, *ott*, *ide*, *oda*), a következő eredményeket kapjuk. Az *itt-ott*, valamint az *ide-oda* névmáspár az összes térdeiktikus kifejezőelemnek eltérő hányadát teszi ki az egyes vizsgálati csoportokban. Az *itt/ott* és az *ide/oda* névmáspárok előfordulása az összes térdeixis arányában a kontrollcsoport beszédében 53%, az afáziás és a gyógyult csoportnál 54–94% között szóródik.

	Afáziás				Gyógyult		Kontroll
	Zs.	V.	R.	M.	C.	K.	
itt/ott	82%	48%	35%	40%	46%	41%	45%
ide/oda	12%	19%	19%	20%	31%	27%	7%
Összesen	94%	67%	54%	60%	77%	68%	52%

20. táblázat. Az *itt/ott* és az *ide/oda* névmáspárok előfordulási aránya az afáziás és a gyógyult személyek beszédében a megnyilatkozásaikban előforduló összes térdeixis arányában

Az elhelyezés műveletét végrehajtó *itt/ott* névmáspár mindhárom csoportban szignifikánsan többször fordult elő az irányadást jelölő *ide/oda* névmáspárnál. Az eredményekből látható továbbá az *ide/oda* névmáspár előfordulásának jelentős különbsége a három vizsgált csoport megnyilatkozásaiban. Míg az *itt/ott* névmáspár az összes térdeiktikus elemnek körülbelül a 45% százalékát tette ki a gyógyult és a kontrollcsoportban, addig az *ide/oda* párban mindhárom csoportban nagy eltérést tapasztalunk. Az afáziás csoport beszédében mind az irányadást, mind az elhelyezést kifejező névmások produkciójának arányaiban nagy eltéréseket látunk. A gyógyult személyek beszédének átlagosan közel harmadát, 30%-ot teszi ki az *ide/oda* a névmáspár, míg az afáziás személyeknél csupán – átlagosan – 17%, a kontrollcsoportban pedig mindössze 7% az előfordulás gyakorisága. A térjelölésben a lokalizáláson belül az elhelyezésben rámutatásos helyzeti elrendeződést kifejező (*itt/ott*) névmások

előfordulásában kiugró eredményt csak a nonfluens transzkortikális-motoros afáziás Zs. megnyilatkozásaiban találunk (82%). Zs. beszédében a vizsgált két névmáspár az összes térjelölő deiktikus nyelvi elem 94%-át teszi ki. Emellett ő az, aki a legkevesebb – mindössze hatféle – térdeixistípust produkálja. E két adat azt jelzi, hogy a térre vonatkozó szemantikai egységek produkciója nála meglehetősen korlátozott. Hasonlóan korlátozott produkcióról beszélhetünk a globális afáziás M. beszédében is, amelyben verbálisan és gesztussal kifejezve összesen kilencféle egyértelmű térdeixist különböztethetünk meg.

7.2.3 A térre utaló deiktikus kifejezések komplexitása

A térdeiktikus kifejezésformák változatosságát, mennyiségét és számát vizsgálva összefüggést kereshetünk az afázia típusa és a térben való elhelyezés kifejezésére szolgáló nyelvi formák komplexitása között. Ahogyan a szakirodalom (Laczkó 2009, Lyons 1977, Sinha et al. 1994; Tátrai 2010, Tolcsvai Nagy 1999) megállapításai és a vizsgált korpusz adatai is alátámasztják, a legprototipikusabb térdeiktikus kifejezési formák az *itt*, *ott*, *ide*, *oda* mutató névmások. A prototipikusság szoros összefüggést mutat a begyakorlottsággal és az előhíváshoz szükséges erőfeszítés mértékével: minél prototipikusabb egy nyelvi egység, annál kisebb mentális erőfeszítés szükséges az előhívásához, és annál valószínűbb, hogy nagy begyakorlottságú és gyakoriságú elemről van szó. A kis mentális erőfeszítéssel előhívható gyakori és begyakorlott kifejezések pedig nagyobb valószínűséggel maradnak előhívhatóak még viszonylag súlyosabb afázia esetében is. A térjelölő formák komplexitása függhet a beszélőtől való távolságtól, a térben jelölt entitás láthatóságától és a beszélőhöz vagy más entitáshoz viszonyított elhelyezkedésétől, a megjelölt entitáshoz való térbeli viszonyítástól vagy az adott entitás más entításokhoz való viszonyulásától, valamint a kifejezett tér kiterjedésétől és áttekinthetőségétől. A beszélőnek a tér meghatározásában játszott szerepe alapvető, hiszen mentálisan könnyebben feldolgozható egy, a beszélő itt és most origójából kiinduló térbeli meghatározás, mint a beszélő testen kívül álló személy vagy tárgy viszonyában való kifejezés. A beszélőn kívüli origo feltételezése, az origo áthelyezése és térbeli viszonyainak meghatározása az afáziás beszélők eredményeit vizsgálva, úgy tűnik, több energiát követel. Az afáziás páciens számára könnyebbség, hogy az origo mindig és szükségképpen eleme, konkrét komponense a beszédhelyzetnek (Fricke 2003: 72). Az ily módon értett komplexitást – amely egyúttal szemantikai komplexitást is jelent – az alábbi táblázatban foglaltam össze.

	Afáziás	Gyógyult	Kontroll
közelre mutató nm. és ragos alakjai	39%	43%	21%
távolra mutató nm. és ragos alakjai	34%	36%	34%
<i>föl, fönt, fönről</i>	6%	3%	6%
<i>alatta, alulról, le, lejjebb</i>	3%	4%	3,5%
<i>mellé, mellett</i>	1%	1%	4%
<i>elé, előtt</i>	–	–	4%
<i>távol, messzebről</i>	–	0,5%	2%
<i>bal, jobb</i>	6%	0,5%	2,5%
<i>belül, benne, bent</i>	2%	6%	7%
<i>kint</i>	0,5%	0,5%	3%
<i>keresztül</i>	–	–	1%
<i>középen</i>	–	–	0,5%
<i>között</i>	–	–	2%
<i>körülötte</i>	–	–	1%
<i>mögött</i>	–	–	1%

21. táblázat: A térben való elhelyez(ked)és kifejezésének előfordulási formái a térdeiktikus eszközök által

A közelre és távolra mutató névmási deixis kérdését a következő alfejezetben mutatom be részletesebben. A térbeli elvonatkoztatást, vagyis az origo áthelyezését megkívánó térdeiktikus kifejezések ('fölött', 'alatt', 'mellett', 'előtt', 'mögött', 'benne', 'messze') feldolgozásának nehézsége megmutatkozik mind az afáziás, mind a gyógyult csoport eredményeiben. A munkamemória működését, és az ezzel összefüggő téri nyelv és téri emlékezet vizsgálatát kutató pszichológiai elméletek jellegzetes sorrendiségét találták az anyanyelvelsajátítás folyamatában a téri kifejezések megjelenésének (Racsmány 2004: 68). Eszerint az anyanyelvelsajátítás során először a tartalmazási és a kapcsolatot jelölő nyelvi elemek jelennek meg, amelyet a *fölötte, alatta, mellette, közöttte* kifejezések követnek. Legvégül az *előtte* és *mögötte* viszonyok alakulnak ki úgy, hogy a kisgyermek először az inherens perspektívával vagy orientációval rendelkező tárgyakkal, majd az inherens perspektíva nélküli tárgyakkal tanulja meg a két kifejezést. A fenti táblázatból jól látható, hogy ugyanez a sorrend figyelhető meg a vizsgált afáziás személyek megnyilatkozásaiban is. Mindez arra utal, hogy az anyanyelvelsajátítás korai szakaszában tanult, mélyen rögzült elemek kevésbé sérülnek a komplexitásuk miatt később elsajátított téri kifejezésformáknál.

A 'fölé/fölött' (*föl, fönt, fönről*) és 'alá/alatt' (*alatta, alulról, le, lejjebb*) jelentésben megjelenő térdeixisek használatában nincs jelentős különbség a három

csoportban. Az 'elé/előtt', 'mellé/mellett', 'távol/messze' jelentésű térdeixisek egyértelműen magasabb arányban fordulnak elő a kontrollcsoport beszédében, miközben mind az afáziás, mind a gyógyult csoport beszédében alig találjuk a térdeixis ezen formáit. A 'bele/bent' jelentésű térdeiktikus kifejezőeszközök alig fordulnak elő az afáziás megnyilatkozásokban, míg a gyógyult csoportban a kontrollcsoportéhoz hasonló arányban találjuk azokat. Mivel a bentlevés prototipikusan egy körülhatárolható nagyobb 'tartályban' való elhelyez(ked)ést jelent, amely – amennyiben a beszélő nem tartózkodik a tartályon belül – kívülről többnyire nem látható. E jelenség pedig újra megerősíti azt az elképzelést, mely szerint az afáziások számára jelentős könnyebbség a nyelvi körülírás vagy leírás során, ha a bemutatni kívánt tárgy az afáziás beszélő fizikai terében található. A korpuszban az afáziás és gyógyult csoportban nem találunk 'mögött' jelentésű térre utaló kifejezést, ezt csupán a kontrollcsoport megnyilatkozásaiban lelhetjük fel.

Még egy érdekes jelenségre is érdemes figyelni az afáziás személyek térdeixis-használatának vizsgálata során. Az afáziás csoport megnyilatkozásaiban a harmadik leggyakrabban alkalmazott térdeiktikus elem – a közelre és a távolra mutató elemek után – a bal oldalra és a jobb oldalra utaló térdeiktikus kifejezések. Ha pedig külön bontjuk a bal és a jobb oldalra utaló elemeket, akkor azt láthatjuk, hogy összesen 10 bal oldalra utaló, és 3 jobb oldalra utaló kifejezést találunk az afáziás személyek produkciójában. A gyógyult és a kontrollcsoportban a bal és a jobb oldalra utaló kifejezések éppen fele-fele arányban jelennek meg. Ez a jelenség azért különösen érdekes, mivel az afáziás páciensek bal félteke sérülést szenvedtek el – a sérülés bal agyféltekét érintő voltával többnyire tisztában is vannak.

7.2.4 A közel–távol dichotómia

A közelre és távolra mutató mindig a beszélő aktuális helyzetét origónak tekintve értelmezhető, vagyis feltételezve egy deiktikus centrumot, amelyet az *én-itt-most* fogalmai határoznak meg (Laczkó – Tátrai 2012). A közelség és a távolság megkülönböztetésében fontos szerepet játszik a beszédesemény fizikai terén kívül a megnyilatkozó elhelyezkedése a valós térben, valamint a figyelemirányítás és az előtér/háttér megkülönböztetésére való képesség (Laczkó 2009: 236). Az afázia egyik kísérőtünete a figyelem fókuszálásának korlátozott volta, amely szorosan összefügg a tárgyak térbeli elhelyezkedésének és egymáshoz való viszonyításának nehézségével, vagyis a dimenzionális térkijelölés mechanizmusaival is. Mivel a dimenzionális térkijelölés többnyire független az afáziások

számára a beszédprodukción alapvetően meghatározó és befolyásoló beszélői helyzettől, ezért ennek formáit disszertációmban külön nem vizsgálom (a dimenzionális térkijelölés kérdéséről ld. bővebben Tolcsvai Nagy 1999 és 2001). A legtöbb afáziás személy egyszerre egyetlen eseményt vagy dolgot képes a figyelme középpontjába állítani, minden más ingert teljesen kizárva, így tehát két dolog összehasonlítása vagy egymáshoz való viszonyítása (amely képesség az előtér-háttér megkülönböztetés alapja) számukra különös nehézséggel jár. Emellett féloldali vagy részleges látótérkieséssel is küzdenek, ezért könnyebben érzékelik a fizikailag közel lévő dolgokat.

Fentebb láhattuk, hogy az *itt/ott*, valamint az *ide/oda* névmáspárok az afáziás és a gyógyult csoportban szignifikánsan nagyobb arányban fordulnak elő, mint más névmási vagy határozószói formák. Az alábbi táblázat a közel-távol dichotómia szerinti felosztásban szemlélteti a két leggyakoribb névmáspárt, valamint a korpuszban előforduló más közelre és távolra mutató névmásokat. Az eredményeket az adott vizsgálati csoporton belüli összes térdeiktikus elemhez viszonyítva százalékban adom meg. A következő közelre, illetve távolra mutató névmási formákkal találkozunk a korpuszban: *itt, ott, ide, oda, innen, innentől, itteni, idáig, így, erre, ebbe, odébb, onnantól*.

Közelre mutató				Távolra mutató			
	Afáziás	Gyógyult	Kontroll		Afáziás	Gyógyult	Kontroll
itt	25%	25%	16%	ott	21%	19%	29%
ide	8%	16%	3%	oda	9%	14%	4%
más közelre mutató névmás	6%	2%	2%	más távolra mutató névmás	4%	3%	1%
Összesen:	39%	43%	21%	Összesen:	34%	36%	34%

22. táblázat: A közel-távol dichotómiában előforduló névmáspárok használata

A táblázat adatai alapján megállapítható, hogy az afáziás csoportban a térdeiktikus kifejezések 73%-át, a gyógyult csoportban 80%-át adják a közelre és távolra mutató névmáspárok. Ez az arány a kontrollcsoportnál mindössze 55%, azaz szignifikánsan kevesebb, mint az afáziások megnyilatkozásaiban. Az afáziás állapot következtében a betegek, de a gyógyult személyek is jelentősen több közelre mutató névmási elemet használnak, mint távolra mutatót. Az eredmény azt jelzi, hogy a kontrollcsoport számára a térjelölés más deiktikus kifejezései is rendelkezésre állnak, míg az afáziások a leginkább prototipikus, és ezért a legkisebb erőfeszítéssel előhívható elemeket alkalmazzák inkább.

Feltűnő továbbá, hogy az afáziás és a gyógyult csoportban a beszélőhöz mint deiktikus kiindulóponthoz közelebb eső entitások deiktikus kifejezése gyakoribb a távolra mutató névmások használatánál. A kontrollcsoport eredményeiben ezzel szemben éppen fordított arányt látunk: megnyilatkozásaikban a távolra mutató névmásokból találunk jelentősen többet. A kontrollszemélyek megnyilatkozásaik során ép absztrakciós, figyelemirányítási és téri koordinációs, térérzékelő képességeik miatt képesek a távol lévő, vagy a beszédesemény terén kívül lévő – tehát fizikailag nem érzékelhető – entitások deixissel való kifejezésére. A közelre és a távolra mutató névmások azok, amelyek a beszélőhöz mint origóhoz képest helyezik el a térben a megnyilatkozásban megnevezett entitást vagy cselekvést. Mivel pedig ily módon a referenciális központ adott, a megnyilatkozásban kifejezett jelentéstartalom mentálisan könnyebben feldolgozható és kivitelezhető. Az pedig, hogy a gyógyult csoportnál is az afáziához hasonló eredményeket látunk a közelre és távolra mutató névmáspárokból, azzal a fent leírt jelenséggel hozható összefüggésbe, hogy a maradványtünetként megmaradó látótérkiesés befolyásolja a nyelvi kifejezésformákat.

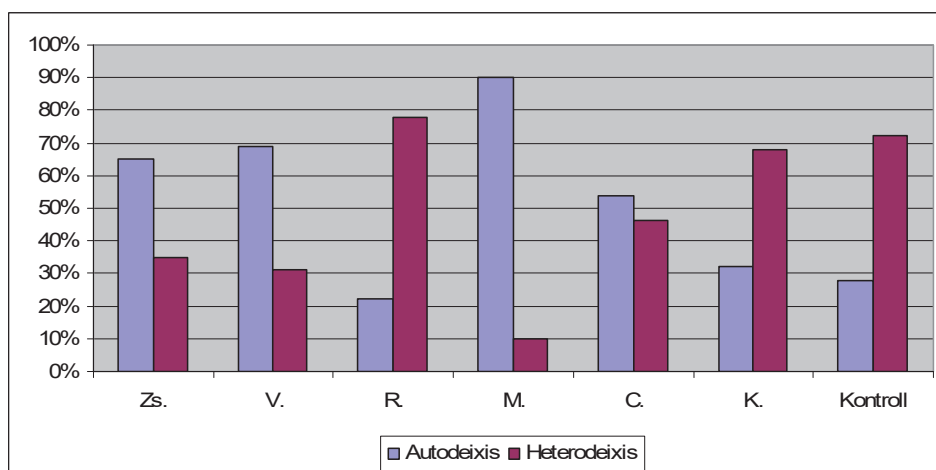
A közelre és távolra mutató szoros összefüggést nemcsak a deixissel megnevezett entitás fizikai érzékelhetőségével, hanem a referenciális központ meghatározásával is. A korpusz alapján úgy tűnik, hogy az afáziás személyek nem minden esetben képesek a beszédesemény tér és időviszonyait, valamint saját helyzetüket kiindulópontnak tekinteni. Az alábbiakban néhány példán mutatom be az *itt–ott* névmáspár megjelenési formáit a fluens afáziás V. megnyilatkozásaiban, aki számára a nézőpontviszonyok meglehetősen nehézséget okoznak.

- (34a) amikor Zsuzsi itt voltál, olyan jó volt
- (34b) mikor mondták ide fölmentü dolgoz idénéztek beszélgetnek
- (34c) *most majd megsegítenem ott voltam már
- (34d) *az, hogy már négy éve ott vagyok
- (34e) itt vagyunk mi a most

A példákból látható – de V. megnyilatkozásainak teljes korpusza is ezt mutatja –, hogy V. a közelre mutató névmási elemeket kivétel nélkül hibátlanul alkalmazza a kontextusban, míg a távolra mutatóval nehézségei vannak. Ennek magyarázata a szenzoros afáziásokra különösen jellemző téri tájékozódás zavara lehet.

7.2.5 A deixis szimbolikus és geszturális használata

A közelre és a távolra mutató szoros kapcsolatban áll a megnevezett entitás fizikai érzékelhetőségével is. Deixissel meghatározhatunk a beszédesemény fizikai terében és idejében jelenlévő entitásokat, de a megnyilatkozás során felidézett, „odaképzelt” dolgokat is. A kizárólag az adott beszédhelyzetben értelmezhető deixist szimbolikus vagy autodeixisnek nevezzük, ilyenkor a deiktikus nyelvi elem értelmezése a diskurzus és az abban részt vevők fizikai világának ismeretét kívánja meg (Laczkó 2008: 323; Tátrai 2011: 128). A szimbolikus deixissel referált entitások többnyire vizuálisan érzékelhetők ellentétben heterodeixissel kifejezhető, vagyis a ténylegesen jelen nem lévő entitásokra vonatkozó, ezért fizikailag nem érzékelhető dolgokra referáló nyelvi elemekkel.



11. ábra: Autodeiktikus és heterodeiktikus névmáshasználat a térdeixisben

A diagramot szemlélve nagyon eltérő eredményeket látunk az egyes vizsgálati személyeknél. A kontrollcsoport adataihoz hasonló eredményeket látunk a gyógyult K. és a nonfluens anomikus afáziás R. beszédében. Az afáziás személyek közül R. az egyetlen, aki nem küzd a téri tájékozódás zavarával és látótérkiesése is alig mérhető. C. beszédében az autodeiktikus és heterodeiktikus elemek szinte azonos arányban vannak jelen. A középsúlyos afáziákkal és ezek kísérőtüneteiven rendelkező Zs. és V. beszédében már az autodeiktikus elemek túlsúlyát találjuk. A legsúlyosabb állapotú személy (M.) megnyilatkozásaiban pedig 90 százalék a szimbolikus deixis megjelenése. Jelen eredmény összhangban van a témában végzett nemzetközi kutatásokkal is, amelyek megállapítják, hogy a sérülés mértéke gyakran összefügg a saját testtől mint origótól való térbeli és időbeli eltávolodás nyelvi kifejezésének zavarával (vö. Tallberg 2001).

A téri kifejezés zavara nem csupán a bal félteke károsodása során következhet be. Tallberg tanulmányában egy jobboldali occipitális területen végbement agyi infarktuson átesett beteget vizsgál (Tallberg 2001). Betege a releváns választ képes adni a „Where are you now, Alma?” kérdésre, de elbizonytalanodik és téves választ produkál a „Where do you live, Alma?” kérdésre. Míg az első kérdésben a terapeuta kijelöli a beszélgetés fizikai helyét és idejét, addig a második kérdésben a páciensnek a mentális elvonatkoztatás művelete során egy másik térbe kellene helyeznie magát a megfelelő válasz megadásához (Tallberg 2001: 1315). A páciens számára az origótól – azaz saját magától – való térbeli és időbeli eltávolodás rendkívüli nehézséget okozott.

A vizsgált korpusz alapján úgy tűnik, hogy a téri korlátozottság zavara valóban befolyásolja a tér nyelvi kifejezésmódjait is. Az afáziás személyek könnyebben és jobban produkálják a közelre mutató deiktikus elemeket, és preferálják a prototipikus, kevésbé komplex térdeiktikus formákat.

7.3 Idődeixis

7.3.1 Az idő mentális feldolgozása

Az időnek a térrel ellentétben nincs fizikailag látható kiterjedése, az idő múlását viszonyítási folyamatok segítségével érzékeljük (Tolcsvai Nagy 2012; az idő fogalmáról ld. még Evans 2003). A diskurzusban résztvevők fizikai világára vonatkozó, valamint a megnyilatkozásaikban felidézett események időviszonyainak az értelmezésbe való bevonását az idődeixis segítségével tehetjük meg (vö. Tátrai 2010: 222). Ennek legjellemzőbb önálló formával megjelenő megnyilvánulási formái az időhatározószók. Emellett azonban Tolcsvai Nagy felosztása szerint megkülönböztethetünk nyelvtanilag és fogalmilag kifejezett időviszonyokat (Tolcsvai Nagy 1999: 154). Fogalmilag kifejezett időviszony a határozószók segítségével kifejezett idő, a nyelvtani időkifejezés körébe pedig az ígén jelzett időviszonyok sorolhatók. Lyons szemantikájában külön kitér az igeidőnek mint deiktikus kifejezőeszköznek a szerepére (Lyons 1977: 636–724). Az igeidőket a prototipikus társalgás keretei között a beszédesemény idejéhez viszonyítva határozzuk meg jelen, múlt vagy jövő idővel aszerint, hogy az esemény már bekövetkezett,

éppen történik vagy később fog bekövetkezni.¹⁸ Az igeidő tehát a beszédidőhöz viszonyítva lehorgonyozza a folyamatot (Tolcsvai Nagy 2012).

Az idő feldolgozásának folyamata az időérzékelés és az idő visszafordíthatatlansága és kontinuitása miatt nem határozható meg egyszerűen az érzékelhető–nem érzékelhető kategóriák éles különválasztásával, jóval inkább ezek sajátos kontinuumként felfogott működésével magyarázhatók. A jelen mindig érzékelhető, a múlt és a jövő azonban nem, de nem érzékelhetőségük más minőséget jelent. A két idősík között ugyanis éles megkülönböztetést kell tennünk: a múlt eseményei megtörténtek, így – noha fizikailag már nem érzékelhetők – a memória az eseményről képkockákat őriz, vagyis lefolyásuk az emlékezetünkben előhívható és felidézhető. Emellett a múltban történt, de a jelenre is ható események szintén az érzékelhetőség egy sajátos formáját segítik elő. A jövő idő ezzel szemben egy még be nem következett eseményre utal, amely ezért nem érzékelhető és nem előhívható, kivéve természetesen a múltban már megtörtént és később még várhatóan bekövetkező történéseket.

Az idődeixis megnyilvánulási formái között a tér- és a diskurzusdeixishez hasonlóan szintén megtaláljuk a magas-mély hangrend dichotómiáját, a közelre és távolra mutató névmási formákon keresztül, amelyek bizonyos formái tér- és idődeixisként egyaránt funkcionálhatnak. A közelre mutató névmási formák idődeiktikus használatban prototipikusan a konkrét beszédesemény idejében zajló történésekre vonatkoznak, míg a távolra mutató formák a megnyilatkozásban elhangzó, de a beszédeseménnytől független események időviszonyait határozzák meg.

7.3.2 Az időérzékelés és -kifejezés jellegzetességei afáziában

Általánosságban elmondható, hogy az idő, illetve bizonyos aspektusainak feldolgozása és kifejezése jobban működő mechanizmus az afáziás nyelvi tevékenységben, mint a tér nyelvi feldolgozása és kifejezése (ld. a 9. összefoglaló ábrát). Az afáziás személyek nyelvhasználatában az idődeixisnek az összes deixistípushoz mért gyakorisága nagy szórást mutat. Ezzel szemben a kontrollcsoportnál a leggyakoribb vagy második leggyakoribb deixis az idődeixis.

Megnyilvánulási formáit tekintve az idődeixis mutatja a legnagyobb variabilitást. A vizsgálat során itt sem veszem figyelembe a diskurzusdeixisként vagy diskurzusjelölőként

¹⁸ Kivételt képeznek ez alól a függő beszéd, és bizonyos elbeszélő műfajok, amelyekben a kiindulópont nem szükségszerűen a 'most' ideje.

megjelenő elemeket. A teljes korpuszban (beleértve a kontrollcsoport eredményeit) összesen 87-féle időt jelölő névmási és határozószói elemet találtam. Ebből 46 különféle idődeiktikus elem fordul elő az afáziás csoportban, 45-féle a gyógyultak csoportjában, és 59-féle a kontrollcsoport beszédében. Ez azt látszik mutatni, hogy az idő mentális feltérképezésének és kifejezésének folyamata lassabban gyógyul a térdeiktikus elemek visszaállásánál (erre utal a gyógyult személyek idődeixis-használata), valamint hogy az afáziás személyek idődeixis-használata korlátozottabb az egészséges beszélők produkciójánál. Az afáziás csoport eredményeit nézve mindössze 9 idődeiktikus elem található meg legalább 3 páciens beszédében (*akkor; majd; már; még; most; régen; utána; ... éve/hete/órája/napja*; konkrét napszak). A két gyógyult személynél 24 idődeixis-fajta található meg mindkettejük beszédében.

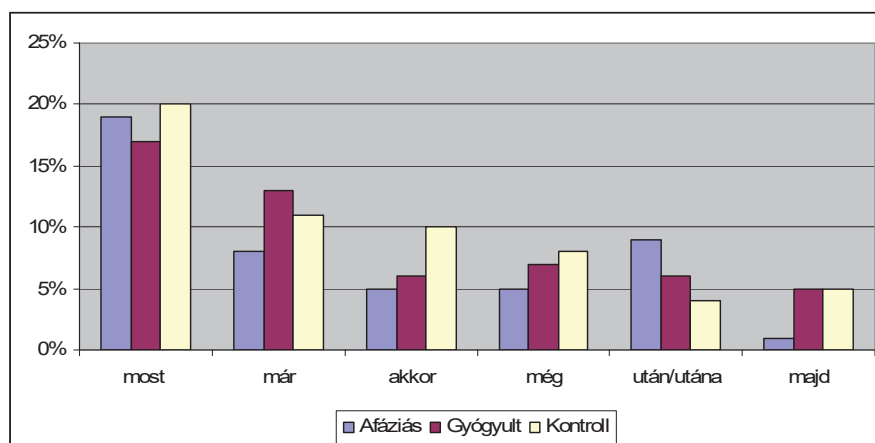
A korpuszban az idődeiktikus nyelvi elemeket formai szempontból egyszerű és összetett csoportba soroltam. Az egyszerű forma az egytagú, vagyis egyszavas deiktikus elemeket jelenti (*ma, most, majd...*stb.). Az azonos jelentéstartalmat kifejező, azonos raggal ellátott összetett idődeiktikus kifejezőeszközöket igyekeztem minél csoportokba rendezni. Ennek alapján a következő összetett alakok jöttek létre:¹⁹ *-BAN/BEN; *-IG; *-KOR; *-NÁL; *-ON/EN/ÖN; *-RA/RE; *-RÓL/RŐL; *-TÓL/TŐL; * *alatt*; * *belül*; * *éve/hete/órája/napja*; * *ezelőtt*; * *keresztül*; * *kezdvé*; * *múlva*; * *óra felé*; * *órás/éves*; * *órát/percet*; * *óta*; * *tájban*. Az összetett alakok az afáziás csoport idődeixiseinek majdnem a negyedét, 23 százalékot tesz ki, míg ez a szám a gyógyultaknál 18%, a kontrollcsoport pedig mindössze 12 százalékban alkalmazza ezeket a formákat. Mind a gyógyult, mind a kontrollcsoport esetében elmondható, hogy az összetett alakban megjelenő deixiseket hasonló arányban használta a kontrollcsoport és a gyógyult csoport minden tagja. Az afáziás személyek esetében azonban jelentős szórást találunk. Az afáziás csoportban a megnyilatkozásaikban megjelenő összes összetett formájú idődeixis felét Zs. beszédében találjuk, míg R. produkálta a harmadát, és V. beszédében mindössze az ilyen deiktikus megnyilvánulási formák 10%-a található. Érdekes, hogy bár az összetett alakokat az afáziás személyek szignifikánsan gyakrabban alkalmazzák a kontrollcsoportnál, ezen alakok között található a térbeli kifejezéseket idősíkra vetítő metaforikus kifejezési formák legnagyobb része (*-ban/ben, -ra/re, on/en/ön, -ról/ről, -tól/től...*stb.). A térbeli kifejezés zavaráról a térdeixis vizsgálata során már szót ejtettünk. A jelenség azért érdekes, mert

¹⁹ A csillag minden esetben főnevet vagy számnevet jelöl. Tehát például: *-IG = hétfő reggelig; * *alatt* = egy óra alatt.

mind az afáziás, mind a gyógyult csoportnál a teret jelölő morféimakkal kifejezett időre vonatkozó összetett kifejezések az összes összetett kifejezés felét tették ki, míg a kontrollcsoport esetében egy az arány 72%, tehát szignifikánsan magasabb. Az összetett idődeiktikus formák megjelenési szabályszerűségeinek legalább két magyarázata van. A korpuszban található összes összetett idődeiktikus forma felét alkalmazó nonfluen Zs. megnyilatkozásában minden bizonnyal azért találunk több összetett formát, mivel ezek konkrétságuknál fogva (pl. *hétfő reggelig*) a beszédesemény vagy a beszédhelyzet adott időbeli pontjához horgonyozzák le a megnyilatkozásban kifejtett eseményt. A fluens Wernicke afáziás V. beszédében pedig egyrészt azért találhatunk kevés összetett alakban megjelenő idődeiktikus elemet, mert megnyilatkozásaihoz – azok kontrollál(hat)atlanságánál fogva – nincs szüksége konkrét vonatkoztatási pontra.

Dolgozatomban az idődeiktikus határozószókat – alaki megjelenésüktől függetlenül – szemantikai alapon sorolom csoportba és elemzem aszerint, hogy a beszédesemény fizikai idejére, a *most*ot origónak tekintve (pl. *tegnap, holnap, délelőtt, most, majd, tavaly*) vagy egy, a megnyilatkozásban elhangzó felidézett vagy elképzelt eseményre vonatkoznak (pl. *akkor, azelőtt, amióta*) vagy önmagukban vonatkoztatási pont nélkül állnak, függetlenek a beszédeseménytől, aktuális referenciájukat a diskurzusból nyerve (pl. *augusztus, hétfő, hetente*).

A tíz leggyakrabban használt idődeiktikus elem mindhárom csoport esetében az összes idődeixis körülbelül 70 százalékát teszi ki. Ebből hat olyan elem található, amely – a globális afáziás személy kivételével – minden vizsgálati személy megnyilatkozásában szerepel (*most, akkor, már, még, majd, után/utána*). Ezeknek az összes határozószói idődeixishez viszonyított előfordulását a következő diagram mutatja be.



12. ábra: A leggyakoribb idődeixis-típusok megoszlása vizsgálati csoportonként

Az ábrán jól látható, hogy a *most* határozószó esetében találjuk a három csoport között a legnagyobb hasonlóságot. Az eredmény korántsem meglepő, hiszen a beszédesemény során a mindenkori origót meghatározó '*most*' jelenvalóságánál fogva a legkönnyebben előhívható és feldolgozható elem. A *már* és a *még* esetében – amely elemek utalhatnak előidejűsége, utóidejűsége is – jelentős különbséget találunk az afáziás és a másik két csoport produkciójában. Bár a két határozószó formailag nem összetett, szemantikailag erősen komplex alakok, hiszen egy *már* megtörtént vagy egy később bekövetkező eseményhez viszonyítanak egy másik, a megnyilatkozásban kifejtett eseményt. Emellett inherensen nem hordozzák a beszédeseményhez vagy azon kívüli eseményhez való kapcsolódásukat: a kontextus és a beszélő szándéka határozza meg vonatkozásukat. Mindkét határozó esetében az afáziás személyek azok, akik szignifikánsan rosszabb teljesítményt nyújtanak, míg az is látható, hogy a gyógyult csoportnál a *már* és a *még* jelentése elérhető. A beszédeseményen kívüli, felidézett idősíkból játszódó eseményre utaló *akkor* mind az afáziás, mind a gyógyult csoportnak nehézséget okozott. Ez tovább erősíti a megállapítást, mely szerint az afáziás személyek számára a nem látható/nem érzékelhető dolgok feldolgozása nehezebb. Az egyetlen idődeixis, amelyet mind az afáziás, mind a gyógyult csoport gyakrabban alkalmazott az egészséges beszélőknél, az *után/utána* határozószó volt. Noha az *után/utána* idődeixis többnyire a beszédeseményen kívüli eseményre utal, tehát a fenti logikával szignifikánsan kevesebb találatot kellett volna elérnie az afáziás csoportnak, a jelenségre mégis találhatunk magyarázatot. A jelenség magyarázata lehet, hogy a vizsgált korpuszban az afáziás személyek beszédében az *után/utána* határozószó szinte az egyetlen, utóidejűséget és/vagy jövő időre való utalást kifejező forma, miközben az egészséges beszélők további alakokat is használnak ezen idősíkok kifejezésére (pl. *azóta, azután, ezután, később, majd, onnantól*). Emellett a páciensek a beszélgetések során igen gyakran szóba hozzák megbetegedésüket és annak körülményeit, és megnyilatkozásaik egy részének időviszonyait ehhez igazítják. Sok esetben tehát az *után/utána* határozószó jelentése 'a megbetegedésem/a stroke óta eltelt idő'.

A *majd* idődeixis megjelenése külön figyelmet érdemel, hiszen szignifikánsan kevesebbet találunk belőle az afáziás személyek, mint a gyógyultak és a kontrollcsoport beszédében. Zs. és R. produkciójában mindössze egy esetben fordul elő, V. produkciójában háromszor, M. beszédében nem találjuk nyomát. A két gyógyult vizsgálati személy huszonkétyszer, a kontrollcsoport pedig huszonkilencszer használta a jövő időre utaló

deixist. Az alábbi példákból kitűnik, hogy a jövő időre utaló deiktikus formák produkciójának nehézsége szorosan összefügg a jövőre utaló – még be nem következett – idősíki kifejezésének általános nehézségével.

(35) C.: Fejlődsz.

Zs.: Fejlődsz benne, hanem hanem hogy hanem hogy jobb hogy kiemelkedsz így megy előre, ez nincs rögtön.

K.: Ez hosszú, igen.

Zs.: Thát ez ez ez hosszú évekig tart, és hát öö...

K.: Thát ez veled is még fejlődhet.

Zs.: Persze, thát ez is fejlődik, thát az hogy hogy ööö ööö van van valami, na és? hát van valami egy éve, van valami két éve, van valami három évvel, és közben még még négy évig még el... még négy évvel előtte pedig máshol. Tehát az már összesen együtt hét év. Lesz. Majd. Na most ő érted?

Ha nem szerepelne az összefüggő diskurzusrészlet a fenti példában, nonfluens Zs. megnyilatkozása nem volna érthető önmagában, mivel a jövő időre utalás csak a megnyilatkozás végén kap grammatikus formát (*Lesz. Majd.*). A megnyilatkozásban található időre vonatkozó nyelvi elemek jelentős része múlt időre vonatkozik, miközben a beteg a jövőben várhatóan bekövetkező fejlődésről beszél, ahogyan ezt a megnyilatkozása végén ki is fejezi. A jövő idő kifejezésének nehézségét mutatja az alábbi példa is, amely a fluens Wernicke afáziás V-től származik:

(36) V.: És *utána akkor* volt hogy ezeket próbáltam pëndem *este amikor* ezt csináltam és *utána akkor* láttam hogy hát nem nem *mostan* hagynam külön és **majd** én csinálom *utána* folytatódik az ülén ez nekem olyan tasz szám érted hogy segíten segítenem *most majd* megsegítenem ott voltam *már*.

V. megnyilatkozásában feltűnően sok az idődeiktikus elem, a megnyilatkozás tartalma azonban a beszédshituáció ismerete nélkül önmagában nem érthető. A tágabb szöveggörnyezetből derül csak ki, hogy V. arról beszél, szeretne újra részt venni a háztartásban, de legfőképpen szeretne újra főzni. A beszélgetést C. kezdeményezte, aki a jelenlévő férfiakat kérdezte arról, hogy el tudnak-e készíteni egy bundás kenyeret. V. ekkor teszi a diskurzusban első megnyilatkozását, amely témája szerint teljesen adekvát, és a megnyilatkozást kísérő gesztusok segítségével a tartalom is részben érthetővé válik. A diskurzus folytatásában megnyilatkozásából már verbálisan érthetően is egyértelművé válik, hogy mit szeretett volna pontosan mondani V.:

(37) C.: Annyira szeretnéd te csinálni

V.: Hát egy lánynak is meg az hogy már négy éve ott vagyok, soha nem csináltam még ilyeket bár nagyon kellne nekem me mos nagyon lassú kellne lenni. Nekem sajnos hosszabbat kell gondolkodnom és szerettem volna segíteni ezem Péteremnek illetve nem Lajosomnak és hogyha ezt nem csináltam nekem ezt segíteni.

Az idődeixis különböző formáit több csoportba soroltam a referenciapont és a kifejezett idősíki szerint. A beszédesemény (BE) idejéhez, az origóhoz viszonyítható deixiseket megkülönböztettem a megnyilatkozásban felidézett, a beszédesemény idejétől független idősíkokat kifejező deixisektől. Eszerint az alábbi csoportokat különböztettem meg:

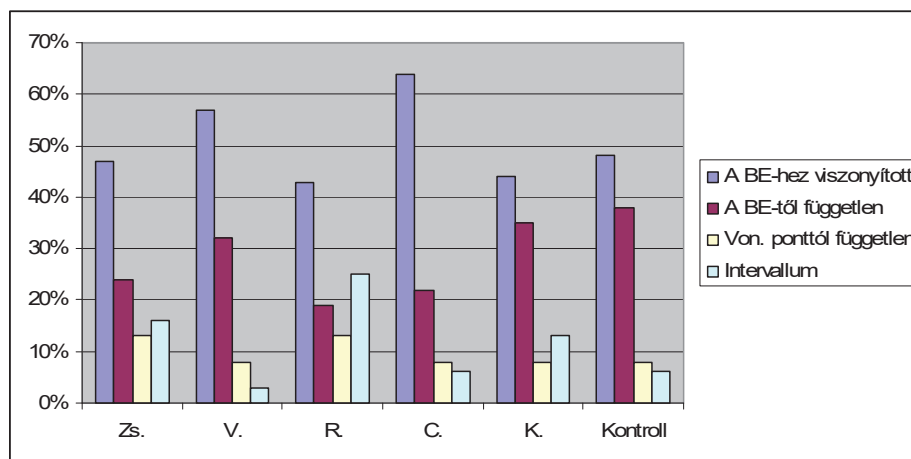
- *most*: a beszédesemény jelenére vonatkozó esemény
- a BE ideje előtt történt esemény
- a BE ideje után valamikor bekövetkező esemény
- 'akkor': a BE idejétől független időpont
- a BE idejétől független időpont előtt történt esemény
- a BE idejétől független időpont után bekövetkező esemény
- vonatkoztatási ponttól független időpont
- intervallum (től-ig)

	Afáziás				Gyógyult		Kontroll
	Zs.	V.	R.	M.	C.	K.	
'most'	19%	33%	16%	20%	31%	27%	28%
BE előtt	25%	19%	22%	60%	23%	11%	10%
BE után	1%	5%	5%	0%	10%	6%	10%
'akkor'	10%	16%	14%	0%	14%	15%	24%
'akkor' előtt	5%	4%	0%	0%	4%	4%	5%
'akkor' után	10%	12%	5%	0%	4%	16%	9%
Vonatkoztatási ponttól független	13%	8%	13%	20%	8%	8%	8%
Intervallum	16%	3%	25%	0%	6%	13%	6%
Összesen:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

23. táblázat: Az idődeixis kifejezési formái a vizsgálati csoportokban

A kiértékelésnél nem veszem figyelembe M. produkcióját, mivel beszédében mindössze 5 idődeiktikus elem található, ezekből 4 a beszédesemény idősíkjához kapcsolható (*öt éve*; verbálisan és/vagy geszturálisan kifejezett *most*), míg egy vonatkoztatási ponttól független elemként jelent meg (gesztussal távolra mutatva 'valamikor' jelentésben). Az eredmények egyértelműen azt mutatják, hogy az afáziás beszélők számára a jövő idő kifejezése nagy nehézséget jelent. A beszédesemény 'most' pontjánál később bekövetkező cselekmény (határozószóval a *majd* fejezi ki prototipikusan) az afáziások számára „fehér folt”, megnyilatkozásaikban alig találunk jövőre vonatkozó kifejezéseket. A beszédesemény idejétől független „jövő” kifejezése már jobban megy a pácienseknek, hiszen ez nem feltétlenül jelent valódi jövőidejűséget, többnyire utóidejűségről van benne szó.

Ha az eredményeket a jelen–múlt–jövő idősíkokat összevonva osztjuk csoportokra, vagyis a beszédesemény időviszonyaihoz kapcsolódó; a beszédesemény időviszonyaihoz nem kapcsolódó; vonatkoztatási pont nélküli vagy intervallumot meghatározó kategóriákat határozunk meg, akkor az alábbi eredményeket kapjuk:



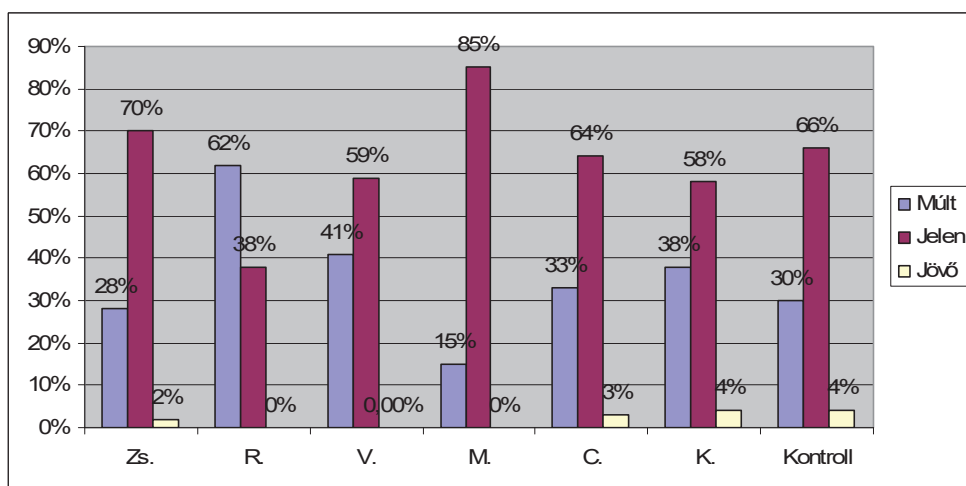
13. ábra: Az időviszonyok deiktikus kifejezése a vizsgált korpuszban

Az eredmények alapján jól látható, hogy az afáziás csoportban nagy a szórás az idődeixis és a beszédesemény összefüggéseit tekintve. Az egyetlen közös eredmény, hogy az afáziás – és a gyógyult – személyek kevesebb, a beszédesemény időviszonyaitól független deiktikus nyelvi elemet használnak, mint a kontrollcsoport, miközben nem használnak szignifikánsan több, a beszédesemény 'most'-jához képest meghatározható idődeixist. A két nonfluens vizsgálati személy (R. és Zs.) mind a gyógyult, mind a kontrollcsoportnál feltűnően magasabb számban alkalmazza beszédében a konkrét vonatkoztatási ponttól független és az adott időintervallumot meghatározó nyelvi elemeket.

7.3.3 Az igeidő mint idődeixis jellegzetességei

Végül érdemes külön megvizsgálni az igeidőknek mint idődeixisnek a megnyilvánulási formáit. Mivel az igeidők referenciapontja a spontán beszédben szinte mindig a beszédesemény időpontja,²⁰ ezért az igeidővel kifejezett idődeixis a várakozás szerint szemantikailag kevésbé összetett voltánál fogva az afáziások számára könnyebbséget jelent. Az igeidők vizsgálatánál kizárom mind az agrammatikus, mind a paragrammatikus igealakokat. A globális afáziás páciens beszédében a „nem tudom” alakjait, és a tiszta – grammatikus – formában előforduló, értelmezhető igealakokat vizsgálom.

²⁰ Kivételt képeznek ez alól a fentebb már említett esetek, mint a függőbeszéd vagy az elbeszélés.



14. ábra: Az igeragokon megjelenő idődeixis a vizsgálati személyeknél

Az adatokból – az időhatározószókhöz hasonlóan – elsőre is kitűnik a jövő idő hiánya az afáziás csoportnál. A gyógyult és a kontrollcsoport azonos arányban alkalmazott jövő idejű formákat, miközben az afáziás személyek beszédében ez a szám igen alacsony. Ennek a jelenségnek csak részben lehet az idő érzékelhetőségének fentebb bemutatott jellegzetessége a magyarázata. A jövő idő igen való kifejezése az igealak összetettségéből adódóan nem csupán a jövő idő érzékelésének problémáját jelentheti, hanem a komplexebb morfológiai vagy szintaktikai szerkezetek korlátozottságát. Ennek megállapításához azonban jóval nagyobb korpuszra volna szükség. A 4 afáziás személy közül háromnál százalékban nem kifejezhető a jövő idejű igealakok aránya. M. beszédében 0, R. beszédében mindössze 1, V. beszédében pedig 4 jövő idejű alakot találunk, Zs. beszédében pedig 7 alakot, ami az összes ige 2%-át teszi ki. Nagyon hasonló arányokat találunk a *majd* időhatározószó esetében: M. beszédében 0, R. beszédében 1, V. beszédében 3, Zs. beszédében pedig szintén csupán egy alkalommal fordul elő a *majd* idődeiktikus nyelvi elem. Az időhatározószóval kifejezett jövő időre utalás azonban – úgy tűnik – mégis könnyebbséget jelent az afáziás személyeknek, hiszen többnyire az *után/utána* határozószóval helyettesítik a jövő időre utalást. A fluens afáziás V. megnyilatkozásaiban előforduló 4 jövő idejű alak kivétel nélkül a létigével kifejezett jövő idő, beszédében nem található meg a segédigével való kifejezés. Zs. megnyilatkozásaiban 4:3 arányban találjuk a létigével vs. segédigével kifejezett alakokat.

Az adatokból jól látható az egyes vizsgálati személyek eredményei közti jelentős eltérés a jelen és a múlt idő alkalmazásának esetében. A kontrollcsoport eredményeihez a két gyógyult személy eredményei állnak legközelebb. Az afáziás személyek eredményei

pedig teljesen eltérnek a kontrollcsoport átlagától. Ez a jelenség arra utalhat, hogy az afázia súlyossága egyenes arányban áll az idő kifejezésére való képesség működésével. Minél kevésbé súlyos az afáziás állapot, illetve a beteg nyelvi képességei minél inkább közelítik az egészséges beszélőkéét, az idő kifejezés is annál rendezettebb. Az egyes afáziás személyek eredményeit külön-külön elemezve, az alábbi megállapításokat tehetjük. A globális afáziás M. beszédében szinte kizárólag a „nem tudom” frazéma különböző megjelenéseit vizsgálhatjuk. Mivel gyakran még a szöveggörnyezetből is nehéz megállapítani, hogy M. megnyilatkozása pontosan mire vonatkozik (pl. válasznak szánja-e beszélgetőpartnere kérdésére vagy önálló megnyilatkozás-e), ennek megfelelően nem mindig dönthető el, hogy a jelen vagy múlt idejű alak használata az adott kontextusban releváns-e. Az azonban a produkcióiból látható, hogy többnyire abban az igeidőben használja a „nem tudom” frázist, amely igeidőben az előtte elhangzott megnyilatkozás is állt.

(38) T2: Nem voltak vendégek tegnap?

M.: Igen. *(bólogat)*

T2: Voltak?

M.: Ó, ne ne nem, hallo. ottó nee vótak. *(bólogat)*

T2: Voltak?

M.: Tósszam te tuttam. *(bólogat)*

T2: Hát akkor az már nem semmi.

M.: Igen, igen. *(bólogat)* Nnem, szem tuttam. Ssem tuttam.

(magyarázó gesztus) ssem. Hát *(fölhúzza a vállát)*. Ssem tuttam.

Mivel az egyes foglalkozásokon M. hozzátartozója is jelen van, ezért a beszélgetésből végül kiderül, hogy valóban voltak vendégeik előző nap.

A szintén nonfluens Zs. produkciójában találunk ugyan némi eltérést a kontrollcsoportéhoz képest, de ez nem tekinthető szignifikáns különbségnek. A Wernicke afáziás V. megnyilatkozásaiban áll egymáshoz legközelebb a múlt idejű és a jelen idejű igealakok aránya. Az igeidők elemzése azonban az ő beszédprodukciójában ütközik leginkább nehézségbe a megnyilatkozásokat átszövő számos neologizmus miatt, ezért azokból messzemenő következtetéseket nem célszerű levonni. Beszédében az igeidők elemezhetőségének nehézségét az alábbi példa szemlélteti:

(39) V.: Igen, majdnem nyolc éven és még nem történt semmi.

T1: Nem, nem nyolc éve. (...)

V.: Nyolc éve és korábban, de akkor már itt voltunk, csak ott ott voltunk. Utána amikor már té ki akkor volt ez a segítőkészség. Na bocsánat csak én szerettem. Ezt talika. Éppen az autó (?) És akkor látom az autón az autóban áll (?), de csak úgy állt állt és.

A kontrollcsoport eredményeihez képest fordított arányt látunk az anomikus afáziás R. beszédében: nála a múlt idejű igealakok aránya magasabb, ám ebből szintén nem célszerű következtetéseket levonni, mivel az afáziás személy adott beszédshituációban tett megnyilatkozásainak jelentéstartalmát vizsgálva megállapíthatjuk, hogy minden alkalommal a kontextusnak megfelelő adekvát megnyilatkozást tesz az időviszonyok kifejezésének szempontjából is.

Az igeidőnek mint deixisnek a vizsgálata bár látszólag nem hozott a többi deixistípushoz hasonló látványos eredményt, mégis – vagyis éppen ezért – sokat elárul mind a deixis, mind az idő érzékelésének és kifejezésének kognitív háttéréről. Az eltérő eredmények azt mutatják, hogy az időnek az ige jelölt kifejezésére való képesség – a jövő idő érzékelésének általános zavarán túl – az afáziás szindrómában jobban megmaradt, mint az idő kifejezés más módozatai. Egy-egy funkció viszonylagos épen maradásának pedig két oka lehet. Az egyik organikus: a lézió nem érte a funkció működtetéséhez szükséges egyik agyterületet sem. A másik magyarázat – amely az igeidők viszonylagos épségét is magyarázhatja – pedig az, hogy az adott funkció az anyanyelv-sajátításnak olyan korai szakaszában alakult ki, illetve oly mértékig begyakorlott, valamint formailag szaliens tényezőről van szó, amelyet más funkciókhoz képest a többszörös kódolás miatt kevésbé befolyásol/érint az adott agysérülés. Mindez fordítva is működhet: az igeidők eszerint olyan inherens elemei nemcsak a szintaktikai, de a szemantikai struktúrának is, amelyet nem, vagy csak részben érint a szintaxis és szemantika más tényezőit érintő sérülés.

7.4 Diskurzusdeixis

A diskurzusdeixis magát az adott diskurzust vonja be az értelmezésbe, vagyis a diskurzus tartalmára irányítja a figyelmet, a diskurzusban való tájékozódást teszi lehetővé (Laczkó – Tátrai 2012: 253). Jellegénél fogva anaforikus vagy kataforikus iránnyal rendelkezik, amely egyúttal a koreferenciális műveletektől való elhatárolását is nehézkessé teszi. Tátrai megállapítása szerint a diskurzusdeixist „az különbözteti meg a koreferencia más elemeitől, hogy magának a diskurzusnak a szerveződését is reflexió tárgyává teszi” (Tátrai 2010: 225). Dolgozatomban ennek megfelelően igyekeztem elkülöníteni egymástól a deiktikus és a koreferenciális elemeket, noha ez az afáziás beszéd sajátosságait is figyelembe

véve gyakran nem tehető meg teljes bizonyossággal. Ezt árnyalja tovább az a jelenség, hogy egy-egy deiktikus nyelvi elem gyakran nem csupán egyetlen deixiskategóriába sorolható. A diskurzusdeixis, vagyis a beszédesemény körülményeire, részleteire való utalás az afáziások nyelvi interakciójának fontos eleme, különösen gesztusokkal kísérvé. A betegek kompenzációs stratégiái közül a nonverbális tényezők, vagyis a gesztusokkal, mimikával és bizonyos afáziafajtákban a szupraszegmentumokkal való kommunikáció a leggyakoribb.

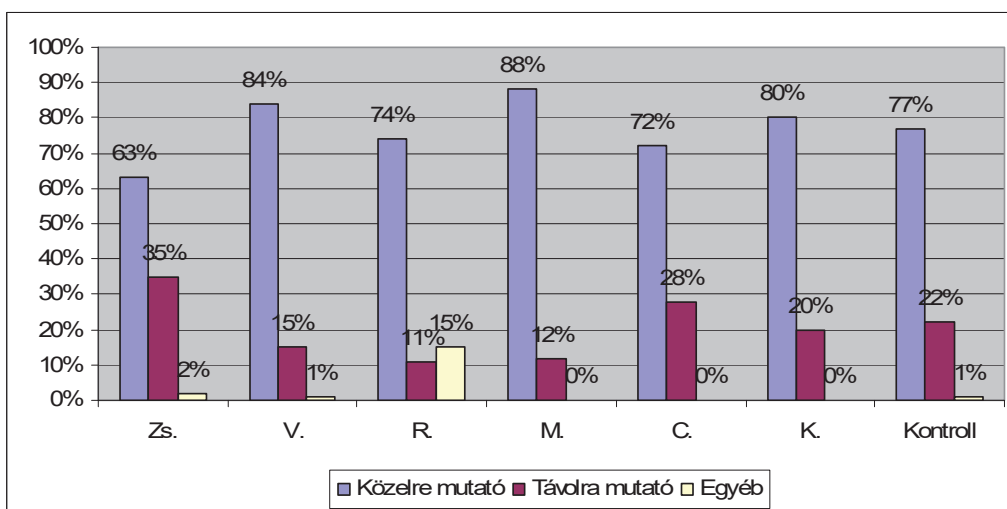
A deiktikus nyelvi elemek vizsgálatának összefoglaló eredményeit bemutató 9. ábrán látható, hogy a 4 afázias és a 2 gyógyult személy közül öten a diskurzusdeiktikus elemeket alkalmazzák leggyakrabban, miközben a hat kontrollszemélynek csak a fele használja legtöbbször ezt a deixistípust. Az afázias és gyógyult személyek a diskurzusdeixist az esetek többségében gesztussal is kísérik, mivel a fizikai rámutatás funkcionálisan aktiválja a nyelvi deixist, ami pedig a szóaktivációt segíti elő (Fex – Mänsson 1998: 203). A diskurzusdeixis arányát más deixistípusokhoz képest a következő táblázat szemlélteti:

Afázias				Gyógyult		Kontroll
Zs.	V.	R.	M.	C.	K.	
36%	31%	29%	36%	34%	34%	35%

24. táblázat: A diskurzusdeixis megjelenési arányai a többi deixistípus viszonylatában

A táblázat alapján megállapítható, hogy nincs kiugró eltérés ezen deixistípus használatának gyakoriságában az egyes csoportok között: minden vizsgálati személynél körülbelül az összes deiktikus nyelvi elem harmada diskurzusdeixis. Az aránybeli hasonlóság oka lehet, hogy – a többi deixistípussal ellentétben – a diskurzusdeixis segítségével meghatározott diskurzustényezők a beszédesemény során a diskurzusban résztvevők számára szükségszerűen mindig érzékelhetők. Ezzel szoros összefüggésben könnyen előhívhatóak, mivel a diskurzus folyamata során aktiválódtak, vagyis mind a memória, mind a figyelem irányításának szempontjából központban vannak.

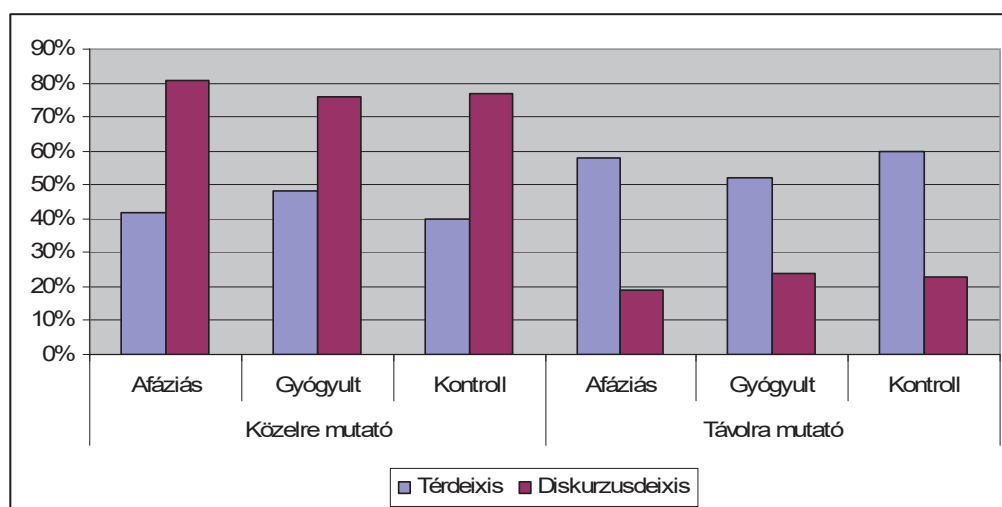
A korpuszban 49 különböző diskurzusdeiktikus elemet találtam. Ezek közül az *ez*–*az* mutató névmáspár és ragozott alakjai, az *így-úgy*, valamint az *ilyen-olyan* és ragozott alakjai fordultak elő leggyakrabban. A diskurzusdeiktikus elemek tehát többnyire szintén térbeli orientáció alapján jelennek meg: közelre vagy távolra mutató formában, azaz magas és mély hangrendű változatban.



15. ábra. A közelre és távolra mutató diskurzusdeiktikus elemek alkalmazása

Az eredményekből látható, hogy a diskurzusdeixis tekintetében nincsen jelentős eltérés az egyes csoportok között a közelre és távolra mutatók esetén úgy, mint ahogyan azt a térdeixis elemzésekor láthattuk. Mindhárom csoportnál a hat leggyakoribb, a diskurzus kontextusára utaló névmás az *ez/ezek, ezt/ezeket, az/azok, azt/azokat, ilyen, így*.

A közelre és távolra mutató diskurzusdeiktikus névmáspárokat összehasonlítva a térdeiktikus közelre-távolra mutatókkal, az alábbi eredményt kapjuk.



16. ábra: A közelre és távolra mutató névmási elemek egymáshoz viszonyított aránya

Az eredményeket a térdeixisnél tárgyaltakkal összehasonlítva azt látjuk, hogy a közelre és távolra mutató alakokban a térdeixis és a diskurzusdeixis fordított arányosságban áll egymással. A magas arányú közelre mutató diskurzusdeixisekkel szemben a közelre mutató térdeiktikus formákból kevesebbet találunk, mint távolra mutató alakokból, miközben a távolra mutató diskurzusdeiktikus elemek aránya meglehetősen alacsony. Ennek magyarázata a diskurzusdeixis funkciójában keresendő: mivel segítségével

közvetlenül a diskurzusra utalhatunk, nem meglepő, hogy ezt elsősorban a közelre mutató formákkal tesszük.

A diskurzusdeixis használata az afáziások számára jelentős könnyebbség, mivel a diskurzus, annak körülményei, tartalma, sémái olyan összetett egységet alkot, melynek adekvát verbális kifejezése jóval bonyolultabb, mint például egy konkrét esemény terére vagy idejére utaló, vagy egy konkrét entitás téri elhelyezkedésére vonatkozó verbális megnyilatkozás. Bár a kontextus nélkül álló megnyilatkozások megértésével szemben a kontextusba ágyazott megnyilatkozások megértésében mérhetően jobb eredményt mutatnak az afáziás személyek – éppen az imént leírt komplexitás, vagyis a többszoros megértést lehetővé tevő tényezők miatt –, produkciójukban ezzel ellentétben a minél rövidebb deiktikus visszautalásokat preferálják.

- (40) C.: Meg kell szokni, hogy a fejedet odafordítod. Nemtom
kinek sérült a szeme, de szinte mindegyikünknek. (...)
V.: Ez változó embereknek?

Az itt közölt részletből nem látható, hogy a gyógyult C. a Wernicke afáziás V. hosszú monológjára reagál, amelyben saját nehézségeit fejt ki. A közölt szöveg szinte egyáltalán nem értelmezhető írott formában, azonban a videón jól látszik a beteg gesztikulációja, amellyel képes értelmet adni a beszédében található számtalan parafáziának. A beteg C. válaszára referenciálisan adekvátan, de tartalmilag inadekvátan reagál, hiszen éppen arról volt szó, hogy mindegyik afáziás küzd szemproblémákkal.²¹

A következő példák szintén a diskurzusdeixis rendkívüli szerepét mutatják: az afáziás személyek számára úgy tűnik az egyik leghatékonyabb verbális kompenzációs forma a gesztussal kísért diskurzusdeixis. Ez természetesen a legkevésbé sem meglepő, hiszen a diskurzus egészére vagy annak meghatározott elemeire utaló nyelvi kifejezésformák a többi deixistípusnál jóval összetettebb eseménysort vagy struktúrát fejezhetnek ki. Jelentésük ennek megfelelően meglehetősen komplex. Egy-egy névmási deixis akár egy teljes eseménysorra is utalhat anélkül, hogy azt a megnyilatkozásban verbálisan is explikálni kellene.

- (41) V.: **Ez** nagyon hosszú. És **ezt** nem tudtam, **ez** hogyan alakul
nekem **így** és mer fiatal lányoknak pláne meglepő és nálatok neked
te például egy **ilyen** fiatal lánynak az az pedig nagyon nagy
meglepetés nekem de most tényleg...

²¹ A tartalmi vagy szemantikai adekvátság megállapítása szintén fontos kérdés, különösen az általában rossz beszédmegértéssel rendelkező fluens afáziásoknál, mivel gyakran nem tudjuk ellenőrizni vagy bizonyítani, hogy a beteg valóban a közölni szándékolt gondolatát öltötte-e szavakba.

(42) Zs.: Érdekes, hogy **ez**...
 T2: Ez hogy volt, L.? Ki mint veti ágyát?
 L.: Úgy alussza álmát.
 C.: Ez a L., L. mindent.
 T2: L. mindent.
 R.: Minden. Igaza van. Ez a
 Zs.: Minden megy. Amikor **eze****k-TŐL** (*magyarázó gesztus*) a... a...
 (*szókereső gesztus*) szavakon mik, (*konkrét tárgyat mutató*) **azt**
 nem.
 K.: Nekem is olyan nehezen jönnek vissza ezek a régi mondások.
 T2: De Zs. pont az ellenkezőjét mondja.
 Zs.: De **ezt** tudom! (*ideges gesztus*) **eze****ket** tudom (*deiktikus gesztus*).
 Mindent, csak **azok** a szűkek (*mintha kis rekeszek lennének, úgy mutatja*) mind a... a... amihez a aaaa... (*szókereső gesztus*) hogy
 milyen...
 T2: Amit aktuálisan akar közölni, az nehéz.
 Zs.: Igen, illetve a... aa, hogy milyen aaa..., hogy milyen aaa...

A (41) példában V. a gyógyult K.-val beszélget. V. megnyilatkozása egyrészt arra utal, hogy a betegsége régóta tart, de ezt nem tartja meglepőnek, mivel ő maga már nem fiatal, ezzel szemben rendkívül csodálkozik K. életkorán, hogy ilyen fiatalon szenvedett el agysérülést. A diskurzus korábban elhangzott részeire utal vissza V. a deiktikus eszközökkel: V. idézett monológját megelőzően ugyanis először ugyanő beszélt betegsége kialakulásáról és a gyógyulás kiszámíthatatlanságáról, majd K. vette át a szót, aki elmesélte, hogy esetében gyors spontán gyógyulás történt. Ezekre reagál V. a fent bemutatott megnyilatkozásban.

Az (42) példában Zs. azt próbálja elmagyarázni, hogy számára a közmondások ismétlése sokkal nagyobb könnyebbség, mint egy bármilyen spontán megnyilatkozás kivitelezése. Zs. megnyilatkozásában látványos, hogy alig találunk benne konkrét fogalmi referenciával bíró szót, ezzel szemben számos diskurzusdeiktikus szerepű rámutatást tartalmaz, mindegyiket kifejező gesztussal kísérve.

Az afáziasok többségénél megfigyelhető, hogy nemcsak a szólások és közmondások, de a frázisként tárolt kifejezések, a konvencionális és udvariassági megnyilatkozások produkciója sem sérül. R. beszédére jellemző, hogy megnyilatkozásai végére lezárásként szinte mindig hozzáteszi, hogy „ennyi”. Ezzel általában az egészséges beszélőkhöz hasonlóan mondanivalója végét és a fordulóváltásra való „engedélyét” jelzi, de nem ritka az sem, hogy csak az adott téma végét jelöli, amely után más témára tér át. Amikor azonban betegségéről beszél, azt nem ezzel a kifejezéssel foglalja össze, hanem az alábbi módon:

(43) R: Így történt.

Bár a (43) alatti példa a kontextus ismeretében egyszerű diskurzusdeiktikus elem, célszerű külön kitérni egy, a vizsgált afáziás korpuszon belül minden páciens beszédében megjelenő jelenségre, amely részben túlmutat a diskurzusdeixis kérdésén.

Az afáziás személyek megnyilatkozásaiban számolnunk kell ugyanis egy gyakran megjelenő utalástípussal, amely ugyan nem tekinthető egyértelműen diskurzusdeixisnek, jellemzői miatt mégis ebbe a kategóriába sorolom. Ezek az utalások minden vizsgált afáziás megnyilatkozásában megtalálhatók, és csak részben utalnak a diskurzusra. Ezzel párhuzamosan ugyanis ezzel az utalástípussal az afáziás személyek egyúttal saját betegségükre, annak részleteire, lefolyására, a javulásra, aktuális állapotukra vagy jövőbeli kilátásaikra utalhatnak. E jelenség meglátásom szerint a koreferencia és a deixis határán áll: egyértelműen nem értelmezhető sem egyszerű exoforaként, sem diskurzusdeixisként. Közismert, hogy az afáziás betegek beszédprodukcióját és gyógyíthatóságát meghatározza a betegségtudat megléte vagy hiánya, valamint a sérülés jellegének és mértékének ismerete vagy nem ismerete (Becker 2001: 88). Ez a tény abból a szempontból kötődik ide, hogy azok a betegek, akik legalább részben tisztában vannak betegségük jellegével, arra gyakran csak egy-egy deiktikus kifejezéssel utalnak. Mivel beszédtevékenységüket lényükhöz tartozóan meghatározza betegségük, így a mindenkori afáziás diskurzusnak ez szükségképpen állandóan jelen lévő implicit eleme, ezért sorolom ezt a minden vizsgált afáziás személynél megjelenő deiktikus elemet a diskurzusdeixis körébe.

- (44) V.: (...) És mostmár *itt* vagyok mostmár hetedik éve vagyok
így
C.: Nem hetedik, nem hetedik.
V.: **így** beszélgetnem nekem nagyon nehéz
C.: Nem hét éve.
V.: De. (*számol az ujján*) Négy. **Ez** nagyon hosszú. És **ezt** nem
tudtam **ez** hogyan alakul nekem **így**.

- (45) T1 (*L-nek*): Mondta a K., hogy mostmár jól megszólaltál többször.
Zs. (*L-nek*): **Ez** fontos, hogy **ez** visszakapd **ezt**, hogy hall hallod tényleg
fontos. Például tőle (*a logopédusra mutat*) visszakapd, nem éntőlem.
(...)
Zs.: Thát **ez ez ez** hosszú évekig tart, és hát öö...

A betegségre magára utalás hasonló formában jelenik meg a gyógyult személyeknél is; általában ők sem jelölik meg konkrét fogalmi jelentésű szóval, hogy megnyilatkozásukban mire gondolnak:

- (46) K: Két hónap után és akkor (*heuréka hangsúly*) palacsinta!
Ettünk mindig palacsintát. Palacsinta! Csináljunk! Igen. Addig
nem. És ti így **így** kezdtétek **ezeket? Ezeket** az alapvető
dolgokat, **így** beszélget... próbáltátok mondani?
Zs: Én nem **így**. Nem **így**. (...)

K: És akkor mondta a nővér, hogy ez villa, ez nem jó. Itt a leves, itt a kanál. Edd a levest kanállal. És akkor, ah, milyen jókat mond, ez okos ez a nővér, ez igen. **Így** kezd **így** kezdődött.

A példaként felsorolt (44)–(46) alatti diskurzusrészletek egyikében sem hangzik el a résztvevők szájából az afáziára vagy a betegségre utaló kifejezés, mégis mindenki érti, miről folyik a társalgás. Az (44) alatt található V. és C. diskurzusában a 7 deiktikus utalószó kivétel nélkül a betegségre, a megbetegedésre vagy a beteg jelenlegi állapotára utal. A névszók helyett erre mind a hét esetben mutató névmással utal a beteg, holott ahhoz, hogy koreferenciális kapcsolatokat, utalásokat hozhassunk létre, általában szükséges nemcsak a referencia, de az antecedens (vagy posztcedens) megnevezése is.

A diskurzusdeixis „kanonikus” használatára is találunk természetesen számos példát, ennek egyik legjobb korpuszbeli példáját (47) alatt idézem:

- (47) V.: Valamit kérdeztem. *Itt vagyunk mi a most. Ezt itt* másik kérdésem lenne t sz.. helyzetből, hogy *te tudatok* úgy beszélgetnem úgy hogy ilyenkor tudunk beszélgetnem innentől meg elfogytam. (L-nek:) *te is itt ülsz* látom a gondolt ezt ezt ezt nem is láttam vagy nem is értem magamnak hogy tudok emberekkel beszélgetni hogy az emberek *tehát nem így körben beszélgetünk*, hanem csak editt ott és utána már én ezt nem is láttam vagy nem is látom. De *ez* a legnehezebb hogy *ezt teljesen így*. Tehát *neked így így* az életedet csak eddig lehet használnom.
C.: Meg kell szokni, hogy a fejedet odafordítod. Nemtom kinek sérült a szeme, de szinte mindegyikünknek.

A beteg megnyilatkozása elején kijelöli a definíció szerinti referenciális kiindulópontot. Erre egészséges beszélők társalgásában a legritkább esetben kerül csak sor, hiszen minden nyelvi interakciónak az *itt* és *most* a kiindulópontja. A tér és időviszonyok a tematikus kontextus részei, ezek adják a mindenkori társalgás alapját. Valószínűsíthető, hogy a beteg nem egyszerűen megerősítésként verbalizálta ezeket a viszonyokat, hanem megnyilatkozása szerves részének érezte. Erre gesztusaiból következtethetünk: körbenéz, közben a kezével egy nagy kört ír le. Intonációja is a szándékosságot sugallja; magyarázó hangon beszél. Mivel azonban az afáziás személy belső beszédének elemzésére nincs módunk, ezért a példaként bemutatott diskurzusrészlet egyes elemeinek elemzésénél nehézségekben ütközünk. A „*tehát neked így így...*” megnyilatkozásban például a felvétel alapján sem derül ki sem az, hogy kire vonatkozik a személyes névmási megjelölés, sem az, hogy az „*így így*” deiktikus elem milyen tevékenységre vagy eseményre vonatkozik.

A gesztusok segítségével azonban interpretálhatóvá válik a „*de ez a legnehezebb hogy ezt teljesen így*” megnyilatkozás. A beteg arra utal kijelentésével, hogy a látótérkiesés miatt ahhoz, hogy képes legyen feldolgozni a körülötte zajló történeteket, illetve felmérni a környezetében tartózkodó személyeket, folyamatosan forgatnia kell a fejét. Hosszú monológját olvasva feltűnő, hogy nem találunk benne egyetlen tartalmas, önmagában azonosítható, egyértelmű referenciával bíró névszót sem, mert ezeket kivétel nélkül névmások vagy kompenzáló, illetve generikus szerepű főnevek (pl. *emberek*) helyettesítik.

A korpuszt elemezve, valamint a fenti példák ismeretében látható, hogy az afáziás beszédprodukció egyik legfontosabb eleme a diskurzusdeixis: a közvetlen nyelvi kontextus, a szituációs kontextus vagy a résztvevők világról való tudásának ismerete nélkül a diskurzusdeixis sokszor nehezen vagy egyáltalán nem értelmezhető. Az afáziás spontán beszéd gyakran éppen a diskurzusdeiktikus elemek „felfejtése, kibontása”, referenciájának megtalálása híján marad interpretálhatatlan.

7.5 A társas és személydeixis

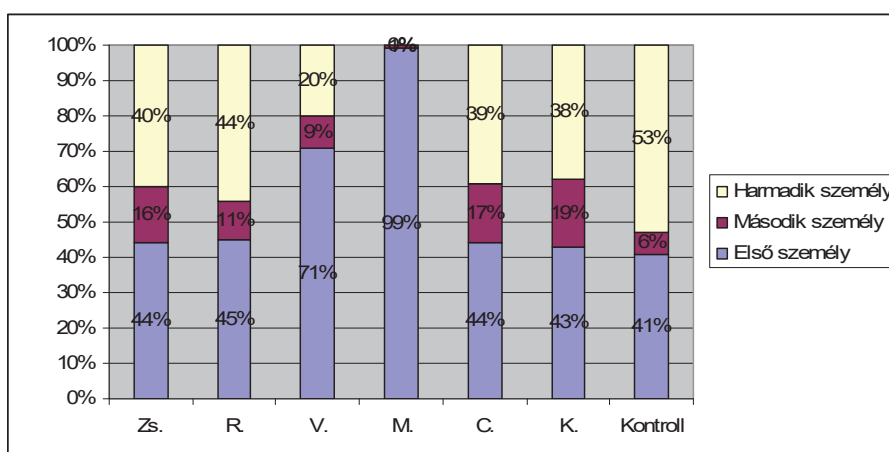
Az afáziával élő személyek számára gyakran jelent nagy nehézséget a környezetükben élő emberek megnevezése. A legtöbb afáziás a hozzátartozóik, barátai neveinek „elfelejtéséről” vagy összecszereléséről számol be. A betegségük óta megismert emberek nevének megjegyzése pedig különösen nehéz számukra. A társas- és személydeiktikus kifejezések használata a tulajdonnévvel való megnevezés helyett állhat, ezzel könnyítve a kommunikációt a páciensek számára. A társas deixis működésekor a beszédesemény vagy az abban tárgyalt referenciális jelenet résztvevői szerepeire történik utalás, egyértelműsítve a személyközi viszonyokat. A deixis a diskurzus értelmezésébe vonja be a beszédesemény társas és szociális viszonyaiból származó ismereteket (Tátrai 2010: 215), ezzel segítve az afáziás személy sérült nyelvi képességeit.

Dolgozatomban külön vizsgálom a személyes névmási deixist és az igeragok segítségével kifejezett deixist. A személyes névmási deixis a három vizsgált csoport egyikénél sem tartozik a leggyakoribb deixisfajták közé. Mivel a mondatban központi szerepet játszó ige, predikátumszerkezet vagy vonzatkeret sérülése az afáziás beszéd egyik vezető nyelvtani tünete, ezért sem a személyes névmási deixis, sem az igealakokban megjelenő személydeixis vizsgálata sem minden esetben egyszerű.

A vizsgált korpuszban az előfordulásokat célszerű először összesítve, azaz a névmási és igeragokkal kifejezett deixiseket egyben számítva elemezni és bemutatni. A

személyek szerinti felosztásnál a kontrollcsoport produkcióinak elemzésekor csak az afáziás személyek társalgásában aktívan részt vevő két terapeuta eredményeit veszem figyelembe, mivel a kontrollként felhasznált BEA adatbázis felvételi körülményei (két vagy háromrésztvevős irányított interjúk) nem hasonlíthatók össze az afáziás csoport spontán társalgásaival.

Az alábbi diagramon az összes személyre utaló deiktikus nyelvi elem megoszlását láthatjuk, vagyis mind a személyes névmásokkal, mind az igeragokkal kifejezett deixist. Megjegyzendő, hogy a kontrollcsoport beszédében az általános alany E/1 és T/1-ben kifejezett formáit is hozzászámoltam a táblázat adataihoz: az összes adott személyű névmás között 11% az arányuk; az afáziás személyek beszédében névmással kifejezett általános alanyt nem találunk.



17. ábra: A személyre utaló deiktikus megnyilvánulási formák összesített táblázata 1.

Az afáziás személyek eredményeit átlagolva pedig a következő arányokat kapjuk:

	Afáziás	Gyógyult	Kontroll
Első személy	65%	44%	41%
Második személy	9%	18%	6%
Harmadik személy	26%	38%	53%

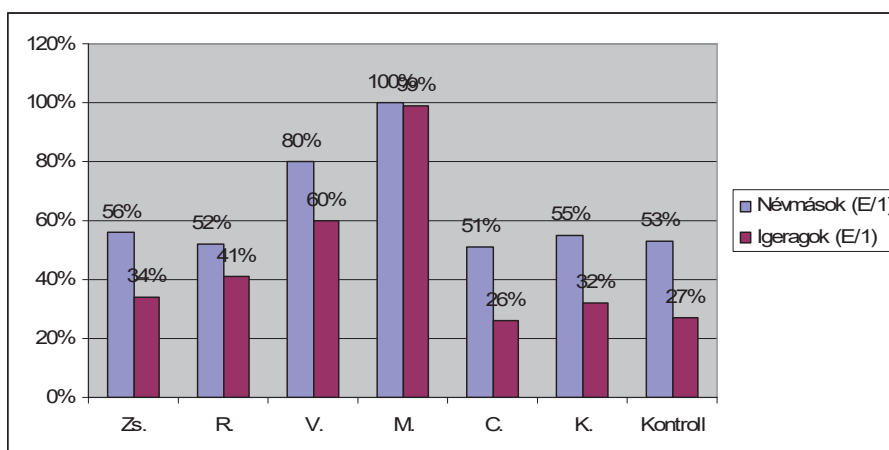
25. táblázat: A személyre utaló deiktikus megnyilvánulási formák összesített táblázata 2.

A tér-, az idő és a diskurzusdeixis vizsgálata során részletesen bemutattam a fizikailag érzékelhető és nem érzékelhető entitások nyelvi kifejezésmódjai közti különbségek jellegzetességeit az afáziás beszédprodukcióban. A fizikai érzékelhetőség a társas deixis esetében is szerepet kap: míg az első és a második személyű névmások a beszédesemény terében jelen lévő résztvevőkre utalnak, addig a harmadik személyű névmás vonatkozhat

egy csak mentálisan felidézett személyre (Tátrai 2010: 215). A legmeghatározóbb tapasztalat nemcsak az afáziások, de az egészséges beszélők esetében is az *én-itt-most* kiindulópont, amelynek funkciója az afáziás csoportban jelentősen nagyobb szerepet kap. Ennek nyelvi kifejezőmódjában tapasztalható különbségeket szemlélteti a 17. ábra és a 25. táblázat, amelyek összefoglaló eredményeit a következőkben részletesen is kifejtem.

7.5.1 Az első személyű deiktikus kifejezési formák

Az afáziás nyelvi zavart kísérő más kognitív zavarok eredményeképpen az afáziával élő személyek számára az egyetlen mindig biztos és érzékelhető kiindulópont saját testük. Az első személyű személyes névmás deiktikus kiindulópontként való működése éppen ezért jelentős segítség az afáziás beszélő adekvát megnyilatkozásainak létrehozásában. A deiktikus kiindulópontként való meghatározottságot láthatjuk az *egora* utaló, vagyis egyes szám első személyű személyes névmásai, valamint az egyes szám első személyű igeragok használatában is. Az első személyű alakok elemzése során külön vizsgálom az egyes és többes számú alakokat, mivel az egyes szám első személy mint referenciális kiindulópont alapvetően különbözik a mindenkori beszélőt is magába foglaló, de összességében tőle különböző, ezért más nézőponto(ka)t is érvényesítő *mi* jelentésstruktúrájától.



19. ábra. Az egyes szám első személyű személydeixis alkalmazása a vizsgált csoportokban a második és harmadik személyű deiktikus elemekkel való összefüggésben

A diagram adatai az egyes szám első személyű alakok százalékát mutatja a névmási csoporton, illetve az igeragokon belül. A diagramon látható, hogy az egyes szám első személyű személydeixist mindhárom vizsgálati csoport gyakrabban fejezi ki személyes névmással, mint igeragokkal. A kontrollcsoport és a gyógyult személyek megnyilatkozásaiban az egyes szám első személyű személyes névmások vs. igeragok

aránya 2:1. Az afáziás személyek megnyilatkozásaiban ezzel szemben kisebb különbséget találunk a két kifejezésmód között.

Az eredmények azt mutatják, hogy az E/1 alakok használatának gyakorisága az afázia súlyosságával arányosan nő, vagyis az afázia súlyossága és az egocentrikus kiindulópont alkalmazása szoros összefüggést mutat. A legsúlyosabb állapotú beteg (M.) beszédében mind az inflexiós morfémák, mind a személyes névmási deixisek között kizárólag E/1 személyű formákat találunk. Az ő eredményeit követi az afázia súlyossági fokát tekintve a vizsgált betegek közül a második legsúlyosabb eset, a Wernicke afáziás V. eredménye.

A számszerű adatok elemzése mellett célszerű a személyes névmási személydeixisek használati módozataiban mutatkozó jellegzetes különbségekre is kitérni. Az afáziás személyek nyelvhasználatára gyakran jellemző, hogy mondanivalójukat igyekeznek több oldalról is „bebiztosítani”. V. beszédére különösen jellemző például a személyes névmások fokozott használata, különös tekintettel az egyes szám első személyű alakokra, valamint a főnévi igenevek sajátos ragozására.

(48) V.: A neveket így extránkén megértenem nekem. Láttam, de nem
tom kimondanom.

(49) T2: Az, de az nem pövel kezdődik, hanem benne van a pö. Úgy
kezdődik, hogy m.
V.: Csak kimondanom nekem a szót...

A fluens Wernicke afáziás V. egyes szám első személyű megnyilatkozásai között többségben vannak a ragozott főnévi igenév + részes esetű személyes névmás összetételű kifejezések, de kizárólag az egyes szám első személyű alakokban. E jelenségnek legalább két magyarázata lehetséges. Az egyik a beteg állapotáról alkotott elképzeléseket erősíti meg: több példában is láthattuk (pl. (10), (15)), hogy V. számára a figyelem célzott irányítása, a témaváltás, illetve a látóterén kívül eső dolgok vagy események elképzelése rendkívüli nehézséget jelent. Ezzel lehet összefüggésben a *kimondanom nekem* típusú alakok gyakori produkciója is: az *egotól* fizikailag vagy mentálisan történő eltávolodás nehézsége a nyelvi tevékenységben verbálisan is kifejeződik, jelezve a beszűkült egocentrikus nézőpontot.

A globális afáziás M. beszédében kizárólag egyes szám első személyű személyes névmások fordulnak elő, ám ezek megjelenése is jellegzetes mintát mutat, minden esetben az énkifejezés nyomatékosítását szolgálja:

(50) *K. arról beszél, hogy hogyan magyarázta el neki az orvosa, milyen
gyakorlatokkal tudja magát fejleszteni. Például minden tárgynak,*

*amit a nap során használ, mondja ki a nevét, a cselekvéssorokat
pedig ismételve sokszor. Eközben M. végig K.-ra figyelve egyre
hevesebben kezd bólogatni:*

M.: (bólogat, mutatja, hogy igaza van K-nak, majd magára mutat)

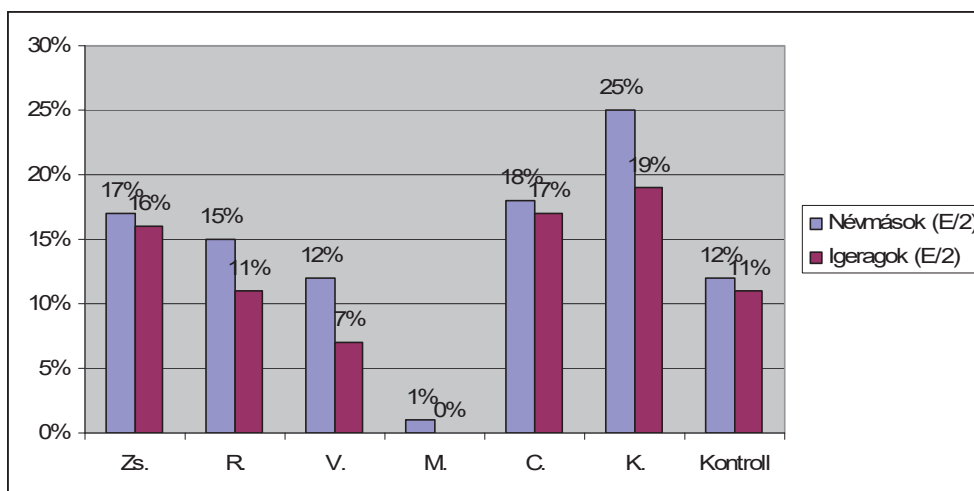
Ige, igen, Hát én sssem tudom.

Noha egy globális afázias személy megnyilatkozásának elemzése során soha nem jelenthető ki teljes bizonyossággal, hogy mi volt a beszélő szándékozott mondanivalója, jelen megnyilatkozás esetében – a páciens többi megnyilvánulását, gesztusát és viselkedését figyelembe véve valószínűnek tűnik, hogy megnyilatkozásával azt akarta megerősíteni, mindaz, amiről afáziástársa beszél, vele is így történt. Mivel beszéde leginkább a *nem tudom* frázisra korlátozódik, így a személyes névmás megjelenése minden bizonnyal a megnyilatkozás kiemelt hangsúlyát jelzi.

A vizsgált korpusz eredményei azt látszanak jelezni, hogy minél súlyosabb az afázias sérülés annál szorosabb kölcsönhatást tételezhetünk az afázias nyelvi zavar és az azt kísérő más kognitív tünetek között. Minél nagyobb a nyelvi és kognitív korlátozottság, annál inkább „beszűkül” a nyelvileg kifejezhető tér – a benne található és a beszédhelyzetben jelen lévő személyek érzékelésével együtt.

7.5.2 A második személyű deiktikus kifejezési formák

A második személyű inflexiós morféma és személyes névmási deixis alakulása szintén jelentős különbséget mutat az egészséges és az afázias csoportban. A második személyű deiktikus formák a tulajdonnevek kifejezésében mutatott általános afázias zavar miatt fontos szerepet töltenek be a páciensek megnyilatkozásaiban. A második személyű személyes névmás jelentéséből adódóan kizárólag deiktikus funkcióban jelenhet meg (Laczkó 2001: 103). Az első személyű alakokkal ellentétben itt nem választom külön az egyes és többes számú alakokat, mivel a *te* és a *ti* közötti szemantikai különbség jóval kisebb, mint az *én* és a *mi* különbsége, emellett jóval kevesebb adatot is találunk a második személy kifejezésére a korpuszban.



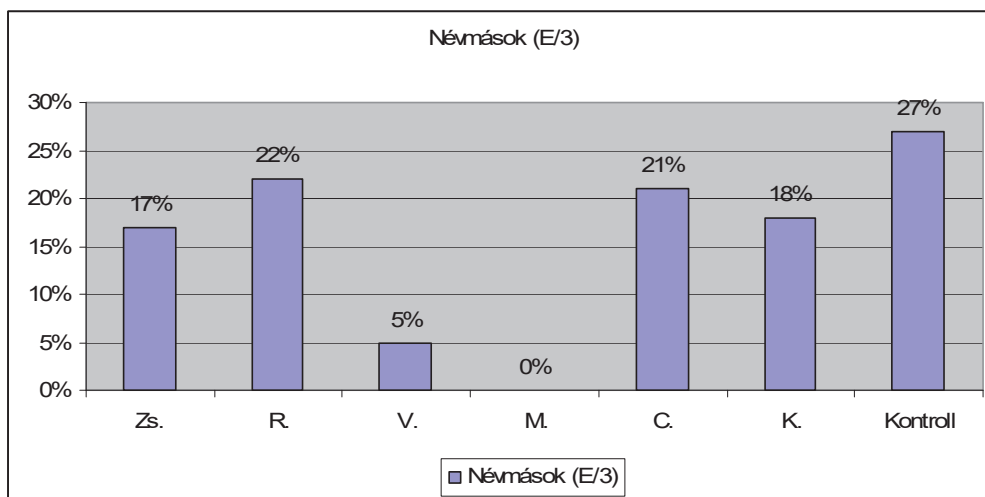
20. ábra. A második személyű személydeiktikus kifejezőelemek alkalmazása a vizsgált csoportokban

Az elsőként szembeötlő különbség az egyes számú deiktikus alakokkal szemben az, hogy a második személyű alakok esetében nem találunk nagy eltérést az második személyű névmások és az inflexiók morféma arányai között. Az elemzés során az egyes vizsgálati személyek közötti jelentős eltérések magyarázata során figyelemmel kell lenni az adott személy adott diskurzusból betöltött szerepére is. A két legtöbb 2. személyű alakot produkáló vizsgálati személy, vagyis a gyógyult C. és K. ugyanis a társalgásokban a gyakran visznek koordináló szerepet. Bár a terapeuták is ezt teszik, ők többnyire csak egy-egy általános érvényű kérdés erejéig szólítják meg az afáziás személyeket, míg C. és K. egyszerre irányítanak és vesznek részt a társalgásban. Ennek a tényezőnek minden bizonnyal a második személyű deiktikus alakok használatára is hatása van.

A második személyű deiktikus alakok használatának korlátozottsága azért érdekes, mert az egészséges beszélőkkel ellentétben a tulajdonnevek használata az afáziás beszélők számára jelentős nehézség, amelyet kiválóan pótolhatnának az E/2 személyű névmási formák, ennek ellenére nem találunk szignifikánsan több személyes névmási alakot. Ez arra utalhat, hogy az afáziás személyek csak kevésbé tudják kihasználni a második személyű deiktikus kifejezőeszközökben rejlő lehetőségeket. Ez utalhat a nézőpont áthelyezésének nehézségére, de olyan mentális korlátozottságokra is, mint a hallgató figyelmének irányítására való képesség.

7.5.3 A harmadik személyű deiktikus kifejezési formák

A harmadik személyű személyes névmások jellegzetessége, hogy csak abban az esetben deiktikus, ha a beszédszituációban jelen lévő, de a beszédeseeményben részt nem vevő személyre utal (Laczkó 2006: 75). Tátrai értelmezése szerint az *ő* jelentése legegyszerűbben az első és második személyű alakokhoz képest negatívan határozható meg, vagyis ‘nem én és nem te’ (Tátrai 2010: 220). Ebben az értelemben pedig a beszélő nézőpontjából nagyobb deiktikus távolságot feltételez, esetleg a deiktikusan megjelölt személy fizikailag kívül eshet az érzékelhető valóságon. Az afáziás beszédben a fizikailag nem érzékelhető entitások megnevezésének nehézségét fentebb már többhelyütt (vö. 4.2 és 4.3, a hozzáférés és a gyakoriság kérdéseit taglaló, valamint a többi deixistípust elemző alfejezeteket) részletebben is bemutattam. A harmadik személyű személyes névmások kérdése azonban nem magyarázható egyszerűen a fizikai érzékelhetőség zavarával. Dolgozatomban nem vizsgálom a 3. személyű inflexiók morféimákat, mivel ezek jelentős része nem deiktikus, más részüket pedig az afáziás beszéd korlátozottságai miatt gyakran nehéz kategóriába sorolni. Ezért itt csak a 3. személyű névmási formákkal foglalkozom részletebben.



21. ábra. A harmadik személyű személydeiktikus kifejezőelemek alkalmazása a vizsgált csoportokban

A harmadik személyű névmási formákat az afáziás személyek a vizsgált korpuszban leggyakrabban a tulajdonnevek helyett alkalmazzák. Ezt a jelenséget leginkább Zs. és V. beszédében figyelhetjük meg, ők azok, akik gyakran panaszkodnak a személynevek megjegyzésének nehézségére.

- (51) Zs. *(az éppen távozó V. után néz)*: Ez érdekes.
 K.: Mi?
 Zs.: Nagyon érdekes.
 T2: Mi?
 Zs.: Aaa nem, hát ő *(V. felé mutat)*. A ké... *(V. felé mutat újra)* a mi is a neve? Kitti?
 T2: A Kitti érdekes? A Kitti is érdekes, de nem V.-re gondolsz?
 Zs. *(V. felé mutat)*: A V.! V.! V.! V.! Neeem, a V.!
 T2: És miért érdekes neked V.?
- (52) T1: Kinek a segítségét szeretné kérni a többiek közül?
 Zs.: Ja, hogy most konkrétan?
 T1: Most, igen, igen. Kihez fordulna?
 Zs. *(C. felé bök a fejével)*: Hát a Kati például? Vagy aaa... Éva... *(idegesen C. felé lendíti a kezét)* nem az... *(indulatosan, de nevetve rámutat)* Ő!

A Zs. megnyilatkozásaiból hozott példák azt mutatják, hogy Zs. tisztában van a személynevekre irányuló korlátozottságával, ezért kompenzációs stratégiaként a gesztussal kísért személyes névmási deixist alkalmazza. Mind a két fenti példában az elhangzó nevek az egyesület összejövetelein valóban gyakran jelen lévő személyek (hozzátartozók vagy terapeuták) nevei, tehát nem kontextustól független véletlen elemek a páciens beszédében. Érdekes továbbá, hogy a Zs. által megnevezett három személy egyike sem volt éppen jelen a megnyilatkozás elhangzásakor. Ez a tény a szituációs kontextus igen erős hatását és befolyását mutatja az afáziás személyek megnyilatkozásaira. Fontos megjegyezni, hogy a fenti példákban kivétel nélkül, de a személyes névmási deixis használata során szintén szinte mindig a deiktikus megnyilatkozást gesztussal kíséri az afáziás személy.

7.5.4 A személyes névmások kifejezésének jellegzetességei

A többi deixistípushoz hasonlóan az afáziás beszédben megjelenő személydeixis működésének az egészséges beszélőkkel való összehasonlítása nem maradhat el annak ellenére, hogy a kontrollcsoporttal való összehasonlítás a két korpusz alapvető különbségei miatt csak megszorításokkal végezhető el. Más deixistípusoknál azt láttuk, hogy az adott deixis kifejezési formái erősen korlátozódtak a különböző afáziatípusokban. A személyes névmások alakjainak variációi hasonló eredményeket mutatnak. Az afáziás csoportban a legalább két beteg beszédében megjelenő személyes névmások száma 13, a gyógyult csoportnál a mindkét vizsgálati személynél megjelenő névmások száma 21, a kontrollcsoportnál pedig 24 féle személyes névmást használ legalább két vizsgálati személy. Mindez azt mutatja, hogy az afáziás csoport személyes névmás használata is

korlátozottabb. Jellemzően különbség van a számok és személyek produkciójában és percepciójában is. Az, hogy melyik szám-személy viszony a legnehezebb egy afáziás számára, egyénspecifikus. A személyes névmások kifejezésének általános nehézségét mutatja az alábbi példa:

- (53) V.: És *ezt* nem tudtam *ez* hogyan alakul nekem *így* és mer fiatal lányoknak pláne meglepő és *nálatok neked te* például egy ilyen fiam lenne *az az* pedig nagyon nagy meglepetés *nekem* de most *tége*...

A beteg az E/1 névmást használja csak grammatikus és tartalmilag is megfelelő formában. V. szinte minden mondatában megtaláljuk a *nekem* személyes névmást. Ezen előfordulások egy része bár mind grammatikailag, mind tartalmilag megfelelő, mégis a személydeixis működésének korlátozottságát fedezhetjük föl benne. A magyar nyelv sajátossága, hogy ha az E/1 személy az inflexiós morféma által jelölve van, akkor a személyes névmás rejtve marad. Ezzel szemben V: beszédében az egészséges beszédben többnyire rejtve maradó névmás explikálását láthatjuk.

- (54) V.: Szerettem volna segíteni ezem Péteremnek illetve nem Lajosomnak és hogyha ezt nem csináltam nekem ezt segíteni

Fentebb már utaltam az afáziás személyekre az afázia súlyosságától függetlenül általában jellemző, a tulajdonneveket érintő zavarokra. Még a két gyógyult vizsgálati személy is a nevek megjegyzésének és előhívásának nehézségéről panaszkodik. Ez mind a körülöttük élő emberek megnevezésére, mind az intézmények vagy földrajzi nevek produkciójára is kihat.

- (55) V.: Aztán igen, mert néztem a betűfkön, és akkor Péter is az nem az ő stílusa...
T1: Szeretném, ha a nevén nevezné a férjét.
V.: Azt is van... Összekevertem a kestőt. A a Lajosom.
Sokszor már fértegettem hogy nincs hangom.
T1: Nekem nem esne jól, ha mindig más nevet mondanának nekem.
V.: Énnekem meg régebben nem is nem nem hogy megnevet, hogy más emberket problémás is vagyok.
T1: Igen, tehát a maradjunk abban, hogy Lajos.
V.: Sokszor összekeverem.
T1: Hát azt halljuk.
V.: Nekem kellemetlen. Igazad van, de hát... És azt se tudom, hogy fog kezdem.
T1: De most ez jó volt!

A megnyilatkozásból jól látható, hogy V. tisztában van korlátozottságával – amelyre egyébként minden alkalommal figyelmeztetik nemcsak a terapeuták, de az afáziástársak is.

Érdemes megfigyelni, hogy a neveket nem találomra cseréli fel, hanem a hozzá legközelebb álló két férfi nevét keveri: Lajos nevű férjét következetesen Péter néven szólítja, holott valójában fiát hívják Péternek. Ez azonban azt is jelenti, hogy a megnevezési zavar nem véletlenszerű. Ezt mutatja Zs. produkciója is, aki afáziástársai nevét keveri össze rendszeresen.

(56) Zs.: (*V.-nek*) De most akkor Kati most akkor elég. Elég.

V.: Zotyó oké, értem a logikádat, ezt láttattam.

Az (56) alatti példában sem Zs., sem V. nem találja el a megszólított keresztnévét. V. megnyilvánulása (*Zotyó*) azért érdekes, mert a teljes korpuszban ez az egyetlen olyan tulajdonnév-keveredés, ahol nem a jelen lévő személyek neveit cseréli fel az afáziás személy, hanem minden bizonnyal a Zs. névével való fonetikai alapú hasonlóság okozza a tévesztést. Az (52) alatti példában pedig azt láttuk, hogy Zs. igyekszik megnevezni gyógyult afáziástársát (C.), és noha Zs. egyébként ismeri és használni is szokta C. keresztnévét, a konkrét szituációban, amelyben a feladat C. megnevezésére irányul, produkálni mégsem tudja, helyette egyik afáziástársuk keresztnévvel jelöli meg, majd az egyik hozzátartozó névével. A megnyilatkozások során tehát soha nem egy, a beszédseménytől vagy a beteg fizikai környezetétől független név kerül elő, hanem minden esetben egy másik, a beszédshituációban részt vevő, vagy a beteg szociális környezetében élő személy neve kerül elő.

Szintén a tulajdonnevek előhívásának bizonytalanságát mutatja Zs. alábbi megnyilatkozása.

(57) C.: Ez a tornavalami?

Zs.: Igen, igen, az tulajdonképpen az Alexanderen csináltam,
nem Alexander, hanem a...

C.: Na, akkor tessék, segítsetek kitalálni.

Zs.: Nem Alexander, hanem...

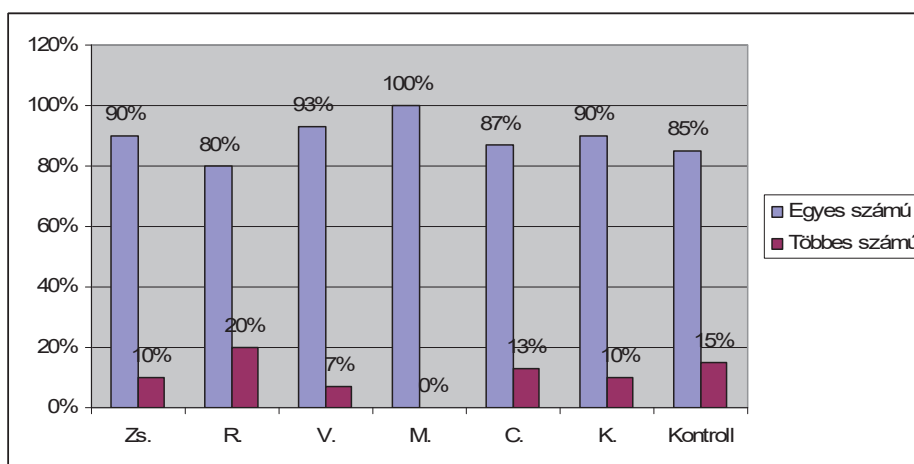
C.: De, az, nem?

Zs.: Alexander (*helyeslő „heuréka” mozdulat C. felé, mintha ő mondtat volna ki először a szót*) na, Alexander.

Zs. saját maga produkálja a célszót, ám produkációjában elbizonytalanodik, és – mintha valóban nem sikerült volna előhívnia a keresett kifejezést – bosszankodva próbálja megtalálni a már produkált célszót. Amikor afáziástársa megerősíti benne, hogy megnyilatkozása helyes volt, ismét úgy reagál, mint aki nem észlelte, hogy a célszót ő maga produkálta helyesen. Mindez azt mutatja, hogy nem elegendő, ha egy előhívandó nyelvi egység elérési útja hozzáférhető, szükséges a visszacsatolás is a releváns produkcióhoz.

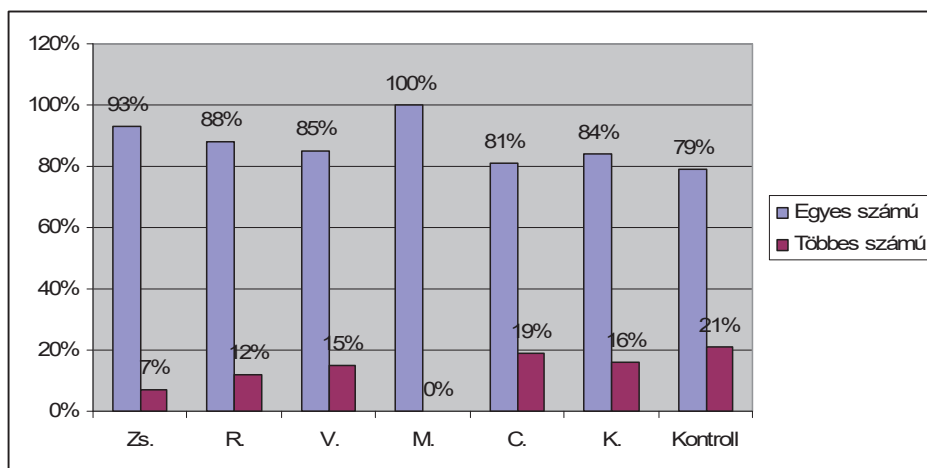
7.5.6 Az egyes és többes számú személyre utaló deiktikus kifejezési formák

A személy- és társas deixis vizsgálatánál az egyes és többes számú deiktikus alakok megjelenését is érdemes elemezni. A többes szám a heterogén (*mi*, *ti*) vagy homogén (*ők*) többség kifejezését teszi lehetővé (Laczkó – Tátrai 2012: 239). A többség fogalma az afáziás személyek számára az előzetes várakozás szerint nagyobb erőfeszítést, és a saját testből induló referenciális kiindulóponttól való eltávolodás nehézségét jelenti. A következő két diagram a személyes névmások, illetve az inflexiós morfémák egyes–többes szám megoszlását mutatja be.



22. ábra: Az egyes és többes számú személyes névmások megoszlása az egyes vizsgálati csoportokban

Az adatokból jól látható, hogy a személyes névmások esetében 90 százalék alatt csak egyetlen páciens esetében találhatóak az egyes számú személyes névmások. Az afáziás csoport produkciójának megoszlása átlagban 92%–8%. A gyógyult csoportnál valamivel több többes számú személyes névmást találunk, az ő eredményeik aránya: 89%–11%. A legtöbb többes számú névmás a kontrollcsoport beszédében található: ők 85 százalékban használnak egyes számú, és 15 százalékban többes számú személyes névmásokat. Az igeragokat elemezve azt találjuk, hogy az afáziás csoport esetében az egyes számú igeragok aránya magasabb az egyes számú személyes névmásoknál, míg a gyógyult és a kontrollcsoport beszédében kevesebb egyes számú inflexiós morfémát, mint személyes névmást találunk.



23. ábra: Az egyes és többes számú igeragok megoszlása az egyes vizsgálati csoportokban

Az eredmények azt mutatják, hogy fordított arányosság van az egyes számú személyes névmások és a szintén egyes számú igeragok között. Míg a gyógyult személyeknél és a kontrollcsoportnál kevesebb egyes számú inflexió morfémát találunk mint személyes névmást, addig az afáziás személyeknél éppen fordítva: az egyes számú személyes névmások aránya magasabb mint az igeragoké. Kivételt képez ezalól a fluens Wernicke afáziás V. beszéde. Ez az eredmény azért meglepő, mert a szakirodalomban egyetértés van azt illetően, hogy az igeragozás a fluens afáziásoknak jobban megy a nonfluens pácienseknél. Míg a nonfluens betegek produkciójára az agrammatikus (így éppen az igeragok hiányos vagy hibás voltára kiterjedő) megnyilatkozások jellemzőek, addig a fluens betegeket a paragrammatikus, vagyis a ragot jól produkáló, az igetövet azonban neologizáló megnyilatkozások jellemzik.

7.6 Eredmények és következtetések

Dolgozatomban afáziás betegek spontán társalgásaiban elemeztem az azokban megjelenő deiktikus nyelvi elemeket. Sem a vizsgálati személyek száma, sem magának az egyes afáziás szindrómáknak jellegzetesen egyedi volta nem teszi lehetővé átfogó következtetések levonását, így megállapításaimat a vizsgált afáziás személyek beszédprodukciójára vonatkoztatom. Eszerint

- a vizsgált afáziás és gyógyult személyek a minden deixistípusban kevesebb kifejezési fajtát használtak mint a kontrollcsoport;
- az afáziás személyek megnyilatkozásai egymáshoz képest nagyobb eltéréseket mutattak mint a kontrollcsoport egymáshoz viszonyított eredményei;
- az afáziás és a gyógyult személyek is előnyben részesítették a közelre mutató névmásokat a távolra mutatókkal szemben;

- a fizikailag nem érzékelhető és/vagy korábban nem tapasztalt téri és időviszonyok produkciója nehézséget jelent az afáziás személyek számára;
- a beszédesemény idejéhez képest később bekövetkező események időbeliségének kifejezésére való képesség a gyógyultság mértékével nő;
- a téri kognícióval összefüggő, az afáziás szindrómában kísérőtünetként jelen lévő zavarok mérhetően leszűkítik a tér nyelvi kifejezésének lehetőségeit;
- az afáziás személyek a leginkább prototipikus, ezért a legkönnyebben hozzáférhető elemeket részesítik előnyben a kategória kevésbé prototipikus elemeivel szemben;
- a szemantikailag komplex tér- és idődeiktikus elemek kifejezésének nehézsége összefügg az afázia súlyosságával;
- a tér-, idő- és személyközi viszonyok produkciójának beszűkülése az afázia súlyosságával egyenes arányban nő;
- az afáziás személyek megnyilatkozásaikban előnyben részesítik a rövid deiktikus visszautalásokat a részletes kifejtés helyett;
- a gesztussal kísért diskurzusdeixis az egyik leghatékonyabb formája a verbális kompenzációs stratégiáknak;
- a betegségre való visszautalás az esetek többségében a betegség fogalmi megnevezése nélkül diskurzusdeixissel történik;
- a személydeixis működése összefüggést mutat a sérülés mértékével: minél kiterjedtebb a károsodás, annál több E/1 személyű személyes névmást használ a beteg;
- a tulajdonnevek korlátozottságát az afáziás személyek a gesztussal kísért személyes névmások alkalmazásával kompenzálják;
- a tulajdonnevek téves előhívására nem jellemző a véletlenszerű tévesztés, a vizsgálati személyek a szituációs, illetve a tematikus kontextushoz kapcsolódó más tulajdonnevekkel cserélik fel a célszót.

Vizsgálatomban tehát összefüggést találtam az afázia súlyossága, más kognitív képességeket érintő kísérőtünetei, valamint a tér- és időkifejezés deiktikus formáinak megjelenési módozataiban. Emellett a diskurzus tartalmának, struktúrájának, és az abban részt vevő személyeknek az afáziás beszédprodukcióra gyakorolt, az egészséges beszélőkhöz képest jelentősebb hatását is elemeztem. Az eredmények azt is mutatják, hogy az anyanyelvsajátítás korai szakaszában tanult, és ezért mélyebben rögzült, és többnyire nagyobb gyakorisággal alkalmazott elemek jobban megmaradnak súlyosabb afáziákban is, mint a később elsajátított vagy komplexebb nyelvi egységek. Mindez arra utalhat, hogy az egyes kognitív képességek valóban nem elszigetelten, hanem egymással állandó kölcsönhatásban működnek: egyéb kognitív képességeink meghatározzák a nyelvi kifejezőképességünk működését.

8. A nonverbális kommunikáció mint az afáziás beszéd kompenzációs stratégiája

A kontextualizáció folyamatainak bemutatása során nem feledkezhünk meg a nyelvi kontextust kiegészítő nonverbális kifejezőeszközök működéséről, mivel ezek – különösen afáziás megnyilatkozásokban – rendkívüli jelentőséggel bírnak. A korlátozott afáziás nyelvi kifejezőrendszer egyik leghatékonyabb stratégiája az adekvát megnyilatkozások létrehozására a nonverbális kifejezőeszközök alkalmazása.

8.1 A nonverbális kifejezőeszközök szerepe az afáziás nyelvi tevékenységben

A kompenzációs stratégiák szerepe a nyelvi tevékenység során minden olyan beszédprodukciós vagy -percepció tényező egyértelművé tétele, kiegészítése vagy helyettesítése, amely a korlátozott nyelvi és grammatikai képességekkel rendelkező beteg számára nem, vagy csak nehezen kivitelezhető, illetve értelmezhető. A beteg szintaktikai, szemantikai, emocionális vagy diskurzusszervező tartalmakat is kifejezhet a megfelelő stratégia vagy stratégiák alkalmazásával, ezek ugyanis a nyelvi tevékenységnek azok az elemei, amelyek produkciója – a percepciótól részben függetlenül – a leginkább sérült. A korlátozott nyelvi képességek kompenzációjára a beszédhelyzetben a nonverbális eszközök nyújtják a legnagyobb segítséget.

A neurolingvisztikai szakirodalom kevés figyelmet szentel a kompenzációs stratégiaként alkalmazható nonverbális folyamatoknak, noha a pragmatikai szempontokat is figyelembe vevő afáziaterápiáknak egyik legfontosabb eleme azon kommunikációs lehetőségek kiaknázása, amelyek a sérült produkciós folyamatok számára kompenzációs stratégiaként szolgálhatnak, és segítik a sérült percepció működését (ezekről bővebben ld. Carlomagno 1994 és Hegyi 1995). Mivel az egyes elméletek nem értenek egyet már a nonverbális kommunikáció, különösen pedig a gesztusok felosztásában és kategorizációjában sem, így a kutatások eredményei a teoretikus és definitív kérdésekben való alapvető eltérések miatt csak megkorlátozottan vethetők össze (vö. Ahlsén 1985, Cicone et al. 1979, Cocks et al. 2007, Feyereisen – Seron 1982, Feyereisen – de Lannoy 1991, Fex – Mänsson 1998, Gainotti – Lemmo 1976, Goodwin 2000, Hermann 1991; Hermann et al. 1988, Hogrefe – Goldenberg 2010, McNeill 2005, Scharp et al. 2007). Annak megfelelően, hogy a kutatók ezen eszközök kommunikációs szerepét, működését, funkcióját vagy a használat jellegét és gyakoriságát tekintik a felosztás alapjának, vagy

elméleti nézőpontból közelítik azt meg, más-más felosztásokkal találkozhatunk. Különbség van a kutatók között abban a kérdésben is, hogy a nonverbális kommunikációs eszközöket a kommunikációs folyamat integráns részének tekintik-e vagy pusztán a szótalálást kiegészítő vagy elősegítő eszköznek, valamint szünetkitöltő aktusnak vélik (Scharp et al. 2007: 2).

A nyelvi tevékenység nonverbális csatornáin olyan implicit információkat tartalmaznak a hallgató számára, amelyekből releváns következtetéseket vonhat le a beszédhelyzetre, a résztvevőkre vagy az elhangzott megnyilatkozásra nézve. Ezek az eszközök soha nem függetlenek a nyelvtől és a verbális szemantikai tartalomtól. Megnyilatkozásainkat általában, de az emocionális tartalmú verbális információkat mindig valamilyen nonverbális formában is megerősítjük (gesztusok, testmozgás, mimika, intonáció, beszédzünet). Általános megfigyelés például, hogy azon szövegek, dialógusok esetében, amelyeknek valamilyen érzelmi tartalma is van, az afáziások könnyebben, jobban és hatékonyabban képesek kommunikálni. Ha azonban az emocionális tartalom túlságosan erős, akkor gyakori, hogy a beteg reakciója nem egyértelmű (Feyereisen – Seron 1982: 226). Ez a jelenség párhuzamba állítható azzal a jelenséggel, hogy fokozott stressz hatására az afáziások szinte megbénulnak, és olyan egyszerű megnyilatkozásokra sem képesek, amelyeket máskor, más kontextusban minden nehézség nélkül képesek lennének produkálni.

Az afázias személyek nonverbális kommunikációjának kutatása egyidős a modern afaziológiával: már Broca és Wernicke kutatásaiban is találunk erre vonatkozó megállapításokat (Herrmann et al. 1988: 42). Általánosan elfogadott megállapítás, hogy az afázias betegek nonverbális képességei rendszerint legalább részben, de gyakran teljesen megtartottak. Ha pedig ezek a feltételek rendelkezésre állnak, akkor az afázias beteg nagy valószínűséggel képes lesz bármilyen jellegű nyelvi deficitjének kompenzálására mind a produkció, mind a percepció oldalán (Becker 2001: 39). Fontos kérdés ezért, hogy hogyan működtetik ezeket a stratégiákat az afázias személyek, milyen funkciókban, milyen folyamatok segítségével használják azokat, valamint hogy milyen kognitív és neurális feltételek teljesülése szükséges egy nem nyelvi eszköz kompenzációs szerepben való megjelenéséhez.

Alapvetésként megállapíthatjuk, hogy minden afázias személy – az afázia súlyosságától függetlenül – jobban kommunikál, mint ahogyan beszélni tud, vagy mint ahogyan azt állapotának ismeretében várnánk (Carlomagno 1994: 49). Erre pedig a nonverbális kifejezőeszközök alkalmazásával nyílik elsősorban lehetőségük. Közhely,

hogy a nonverbális kommunikációnak az egészséges nyelvi tevékenység során is igen fontos szerepe van. Igaz, itt elsősorban nem kompenzálásra, hanem bizonyos jelentéstöbblet (modalitás, attitűd, módosult jelentés) kifejezésére használjuk. Ezen eszközök segítségével értjük meg például a viccet, az iróniát vagy a szarkazmust (Becker 2001: 37). De az afáziás betegekhez hasonlóan szókereső stratégiáinkat is gyakran kiegészítjük gesztikulációs vagy prozódiai elemekkel.

A sérült nyelvi rendszer kommunikációs kísérleteit segítő egyik gazdaságos kifejezési forma lehet tehát a nonverbális eszközök használata, mivel ez „megkíméli” a beteget a verbális eszközök használatától. A kompenzációs szerephez elengedhetetlen továbbá, hogy a nonverbális eszköz az adott kontextusban adekvát módon és tartalommal jelenjen meg, vagyis a hallgató számára érthetővé tegye a beszélő szándékolt megnyilatkozását. Jelen fejezetben a nonverbális eszközök közül a gesztusokat, azon belül is elsősorban a deiktikus nyelvi kifejezéseket támogató vagy kiegészítő gesztusokat vizsgálom.

8.2 A nonverbális eszközök – különös tekintettel a gesztikulációra – mint kompenzációs stratégiák

8.2.1 A gesztikuláció mint a nyelvi zavar kompenzálásának lehetősége

A gesztikuláció mint alapvető nonverbális kommunikációs forma, meglehetősen ősi módja az információk átadásának (a témáról bővebben Armstrong – Wilcox 2007; McNeill 2005). A hétköznapi kommunikáció során megnyilatkozásainknak csak egy része verbális: az általunk közölt információk nagyobb részét nonverbális eszközökkel, gyakran öntudatlanul fejezzük ki. A nonverbális repertoár egyik legfontosabb eleme a gesztikuláció. McNeill alaptézise, hogy a gesztusok egy rendszert alkotnak a nyelvvel (McNeill 1996: 86). A gesztusok olyan információkat hordoznak, amelyek a verbális üzenettel konzisztensek, de a csak a gesztusban megjelenő hozzáadott tartalom a verbális kifejezésben nem található (Scharp et al. 2007: 718.). A gesztusok nemcsak kiegészítői a lexikális tartalomnak, hanem a jelentésstruktúrával vannak nagyon szoros összefüggésben (vö. Goodwin 2002). Cicone és munkatársainak megállapítása szerint az afáziás beteg hatékony kommunikációja nem elsősorban a nyelvi képességeitől függ, hanem az agykapacitása kihasználásának más módozataitól (Cicone et al. 1979: 324). Feyereisen és Seron ezzel összefüggésben pedig arra az eredményre jutott, hogy a gesztikuláció alkalmazása a nyelvi tevékenység közben

nem korrelál szignifikánsan az afázia mértékével (Feyereisen – Seron 1982: 215). A gesztusnyelv az afáziások egyik leggyakoribb és leghatékonyabb kompenzációs stratégiája. A gesztikuláció nagy előnye, hogy más jellegű koncentrációt tesz szükségessé, produkciója viszonylag kevés figyelmet igényel, és jobban automatizált folyamat, mint a nyelvi – elsősorban szintaktikai – eszközök alkalmazása (Carlomagno 1994: 26). a beszédnél kevesebb koncentrációt igényel, és nagyfokú spontaneitás jellemzi. Ahhoz azonban, hogy sikeres lehessen a gesztus segítségével kifejezett megnyilatkozás, szükség van a kontextus felismerésére, hiszen egy-egy gesztusnak mindig az adott kontextusban van csak relevanciája.

A nonverbális–verbális dichotómia körül élénk vita zajlik a tudományban: elválasztható-e ez a két funkció egymástól, mi tartozik az egyik és mi a másik kategóriába, hogyan értelmezendő maga a kifejezés? Noha a verbális és a nonverbális kommunikáció párhuzamosan működő folyamatok, mégsem tekinthetjük őket elválaszthatatlannak abban az értelemben, hogy szükségszerűen csak együtt működhetnének. A nyelvi tevékenység során az artikulációs és (mikro)kinetikus mozgásainkat szinkronizáljuk (Feyereisen – Seron 1982: 218). A nonverbális aktusok ugyanis egyenrangú, egyszerre működő, de a verbálistól különböző tényezői a kommunikációnak (vö. Scharp et al. 2007: 2). A gesztusok tehát – és ezzel együtt más nonverbális eszközök – már a kommunikáció legkorábbi szintjein is jelentős szerepet kapnak a megnyilatkozásnak és közvetlen kontextusának értelmezhetőségében (McNeill 2005: 125). Több kutató is vitatja, hogy a súlyos afázias páciensek képesek-e a nonverbális eszközök által biztosított csatornán adekvát információkat közölni (Herrmann et al. 1988). Jelen fejezetben arra teszünk kísérletet, hogy az afázias kommunikációban is megtalálható gesztikulációt – különös tekintettel a deixist kísérő gesztikulációt – mint az adekvát megnyilatkozás működőképes eszközét mutassam be. Az adekvát működésnek azonban elengedhetetlenül fontos tényezője az, hogy az afáziások gesztusait az információátvitel indikátoraiként értelmezzük, amelyek az adott kommunikációs kontextusban értelmezhetők (Glosser et al. 1986: 347).

Megjegyzendő, hogy az afázias személyek saját gesztusaiknak rendszerint nagyobb kommunikációs értéket tulajdonítanak, mint az egészséges beszélők (Carlomagno 1994: 22). Fex és munkatársainak kutatása azt mutatja, hogy azokban az esetekben, ahol a szemantikai tervezés sérült, az afázias beteg nonverbális kommunikációja szignifikánsan relevánsabb, mint más esetekben (Fex – Mänsson 1998: 193). A témában végzett kutatások egyetértenek abban, hogy a gesztusok és a nonverbális jelek aránya

szignifikánsan magasabb az afáziásoknál, mint a normál beszélőknél (Feyereisen – Seron 1982: 220). Kompenzációs szerepben való megjelenésükhöz pedig feltétlenül szükséges, hogy a nyelvi tevékenység során nagy biztonsággal előhívhatóak legyenek a verbális tartalom összetettségétől függetlenül, valamint hogy ezen nonverbális eszközök produkciója a betegeknél többnyire sérült munkamemória „kikerülésével” is adekvát maradjon.

8.2.2 A gesztussal kifejezett jelentéstartalmak típusai

A megfelelő kategorizációs keret létrehozásához Cicone et al. (1979), Hogrefe és Goldenberg (2010), Hermann (1991) és Scharp et al. (2007) munkáit tekintetem alapnak, mivel ezek a leíró elmélet mellett alapvetően funkcionális szempontokat érvényesítenek. Cicone és munkatársai a gesztusokat azok referenciális információtartalma vagy annak hiánya szerint csoportosították. Elméletükben a nem referenciális gesztusok körébe tartoznak a kimondott szavakat hangsúlyozó gesztusok; a beszéd ritmusát követő gesztusok, valamint a fordulóváltó gesztusok. A gesztusok működését vizsgáló korábbi kutatásom alapján úgy tűnik, hogy a konkrét kontextusra utaló referenciális gesztusok aránya messze meghaladja a nonreferenciális gesztusokat, amelyeket az afáziások kevésbé használnak (Svindt 2011). E jelenség magyarázata lehet, hogy míg a referenciális gesztusok segítségével a korlátozott nyelvi produkció tehető egyértelművé, addig a nonreferenciális gesztusok – a szavakat hangsúlyozó mozdulatok kivételével – nem képesek kompenzációs stratégiaként szolgálni. Scharp és munkatársai irányultság szerint osztják két csoportra a gesztusokat: a kommunikatív gesztusok a hallgató felé irányulnak, míg a lexikális gesztusok a beszélő nyelvi tevékenységéhez szükségesek (Scharp et al. 2007: 3). Ezen alapvetésekkel összhangban, valamint a Hogrefe–Goldenberg szerzőpáros által publikált nagyrészt funkcionális szempontokat érvényesítő elképzelés felosztásának figyelembe vételével született az általam leginkább megfelelőnek tartott gesztuskategorizáció. Ennek megfelelően a kompenzációs szereppel bíró nonverbális kommunikációs eszközöket jellegük szerint fonetikai, szemantikai és pragmatikai csoportba soroltam (vö. Hogrefe–Goldenberg 2010). A fonetikai eszközök közül nonverbálisnak elsősorban csak az intonáció nyújtotta lehetőségeket tekintem, azt is abból a szempontból, hogy hogyan ad hozzá új információt vagy jelentéstöbbletet a szigorúan vett verbális megnyilatkozáshoz. Noha a normál beszédben a beszédsszünet és a beszédtempó is jelentésteremtő és -módosító funkcióval bír, ezeket az eszközöket nem

elemzem, mivel afáziás betegek esetében e tényezők kompenzáló szerepének vizsgálati relevanciája erősen megkérdőjelezhető.

A szemantikai eszközök közé a gesztikuláció és a mimika különféle típusait soroltam, négy különböző alcsoportba szervezve. A deiktikus eszközök közé a gesztus vagy mimika segítségével létrehozott tér-, idő- és személydeixis megnyilvánulásait soroltam. A diskurzusdeixis segítségével kifejezett jelentéstöbbletet a pragmatikai csoportba soroltam, mivel az ide tartozó mozgások elsősorban pragmatikai tartalommal bírnak. A szemantikai eszközök közé tartozó pantomimikus csoportba egy konkrét esemény vizuális vagy kinetikus jellemzőjének utánzása, megjelenítése tartozik (Glosser et al. 1986: 347).

A pragmatikai csoportba a szituációs kontextus és a nyelvi tevékenység szervezése szempontjából releváns eszközöket soroltam. A nyelvi tevékenység szervezése alatt a diskurzusszervező elemeket, az önellenőrzési, szókeresési és visszacsatolási folyamatokhoz tartozó lehetőségeket értem (vö. Ahlsén 1985: 6). Egyes kutatások a szókereső és visszacsatolást segítő gesztusokat a kommunikáció melléktermékeinek tartják, noha funkciójuk és referenciájuk az afáziás beszédben minden esetben meghatározható, akkor is, ha maga a jelentés nem egyértelmű (vö. Glosser 1986). A nonverbális kifejezőeszközök ilyen alapú felosztását az alábbi táblázat mutatja be részletesen.

Fonetikai	Szemantikai				Pragmatikai	
Prozódia i	Deiktikus	Ikonikus	Emblematikus	Pantomimikus	Diskurzus- szervező	Szó- kereső
	– térdeixis – idődeixis – személy- deixis	(írás a levegőbe n – pl. számok)	(konvencionali- zált jelentéstartal- mak kifejezése – pl. 'igen', 'nem')	(egy konkrét esemény vizuális vagy kinetikus jellemzőjének utánzása, megjelenítése)	– diskurzus- deixis	

26. táblázat: A nonverbális kifejezőeszközök felosztásának összefoglaló táblázata

Az eszközök mindegyikét abból a szempontból célszerű vizsgálni, hogy hogyan ad hozzá új információt vagy jelentéstöbbletet a szigorúan vett verbális megnyilatkozáshoz. Jelen fejezetben nem térek ki a fonetikai eszközök kompenzációs szerepben való megjelenésére. A gesztikulációnak – jelen kutatásban a mimikával együtt vizsgálva – a szemantikai és a pragmatikai jelentéstartalmak kifejezésében van szerepe.

8.2.3 A gesztusok és más nonverbális kifejezőeszközök szerepe az afáziás nyelvi tevékenységben

A nonverbális eszközök használatának vizsgálata során mind a verbálisan bármilyen szempontból problémás, mind a nem problémás mondatokkal együtt járó kifejezőeszközökre is figyelmet fordítok (vö. Ahlsén 1985: 9). Ezért a nonverbális elemeket tartalmazó megnyilatkozásokat az alábbi csoportokba soroltam az adott nonverbális eszköznek a megnyilatkozásban betöltött funkciója szempontjából:

- **Támogató** (amikor a beteg működő, meglévő produkció mellett alkalmaz nonverbális jelet);
- **Kiegészítő** (amikor a beteg félig meglévő produkcióját valamilyen nonverbális formával teszi teljessé);
- **Magyarázó** (amikor a beteg egy-két szavas félbemaradt produkciója nem érthető, hanem azt a nonverbális eszköz alkalmazása teszi érthetővé);
- **Helyettesítő** (amikor a nonverbális eszköz sikertelen produkció helyett áll).

A meglévő, és minden szempontból adekvát produkciót támogató nonverbális eszközök kivételével a kiegészítő, a magyarázó és a helyettesítő eszközök is kompenzáló szerepet töltenek be, mivel a verbális megnyilatkozáshoz tesznek hozzá a megnyilatkozást relevánssá formáló elemet. Tartalmuk szerint a nonverbális eszközöket a fent említett 3 nagy kategóriába soroltam, vagyis megkülönböztetem a fonetikai, szemantikai és pragmatikai eszközöket. A fonetikai eszközöknél fontos megjegyezni, hogy bár a többlet többnyire szemantikai vagy pragmatikai jellegű, mégis külön csoportba tartoznak a többlettől eltérő kifejezőeszköz miatt. A megfelelő intonációs forma kompenzálhatja például a kérdő vagy felszólító mondatok hibás szintaxisát (Carlomagno 1994: 20), de egy jól eltalált jellegzetes hanglejtésforma akár az értelmetlen hangsort is egyértelműsíti az adott kontextus ismeretében. A megfelelő gesztikuláció és a mimika szerepe pedig abban áll, hogy a betegek a beszélgetőpartner számára vizuálisan értelmezhető információk segítségével kerülnek interakcióba a beszélővel és a világgal (vö. Coulson 2006: 246). A szemantikai kifejezőeszközöket az afáziás személyek gesztikulációval, vagyis a kéz és kar moztatásával vagy mimikával és más kinetikus eszközökkel (pl. fejmozgások, vállrándítás) valósítanak meg. A pragmatikai eszközök közé a diskurzussszervező (fordulóváltó, a diskurzusra közvetlenül reflektáló elemek, a diskurzusdeixis nonverbális formáit), a magyarázó és a szókereső gesztusokat soroltam. Mivel az egyes eszközök össze

is kapcsolódhatnak egymással, valamint a verbális tartalom jellege is meghatározhatja a hozzáadott jelentéstartalom milyenségét, ezért a nonverbális eszközök kategóriába sorolása nem mindig egyértelmű, így vizsgálatomban mindig a vezető, vagyis az elsődlegesen alkalmazott nonverbális eszköz csoportjába sorolom a megjelenő aktust.

A korpusz alapján vizsgáltam a betegek beszédének szó/nonverbális kifejezőeszköz arányát, amely összefüggést mutat a fluens-nonfluens dichotómiával is. A kiejtett szószámhoz képest a legtöbb gesztust a nonfluens globális afáziás M. produkálta, 3,9 szó/nonverbális eszköz aránnyal. Őt követte a szintén nonfluens Broca afáziás beteg eredménye 7 szó/nonverbális eszközzel. Majd a két fluens beteg következett, a Wernicke afáziás 8,1 szó/gesztussal, a legkevesebb nonverbális kifejezőeszközt pedig az anomikus beteg produkálta, az ő eredménye 10,5 szó/gesztus. Ezen eredményt a pontosság végett két további megfigyeléssel érdemes kiegészíteni: a Wernicke afáziás beteg beszédét követő nonverbális eszközök között rendkívül magas a pantomimikus jelenetek száma, amelyek jóval komplexebbek és hosszabbak is, mint a többi nonverbális kifejezőeszköz. Ezzel szemben a másik 3 beteg beszédében egységesen az igen mélyen rögzült, szinte teljesen automatikus emblematikus gesztusok aránya a legmagasabb, amelyek többnyire rövidek (mint például az igent jelölő bólintás vagy a nemet jelző fejrázás, illetve az ezekhez tartozó kézmozdulatok). Jelen tanulmányban azonban nem térek ki a gesztusok hosszának vizsgálatára, bár az időtartam bevonása tovább árnyalhatná a képet. Számos kutatás eredménye azt mutatja, hogy a beszéd fluenciája nem függ össze a gesztikuláció mennyiségével és hosszával, statisztikai különbséget nem találtak a betegek között ebből a szempontból (ld. például Feyereisen – Seron 1982: 221; ezek összefoglalása: Fex 1998; az egészséges beszélőkre nézve ld. Gósy 2002: 192). A nonverbális kifejezőeszközök egyes kategóriáinak eredményeit a könnyebb átláthatóság kedvéért célszerű csoportonként bemutatni.

	Prozódiai	Szemantikai				Pragmatikai
		Deiktikus	Ikonikus	Emblematikus	Pantomimikus	
M.	8%	9%	1%	48%	29%	5%
Zs.	14%	15%	3%	34%	8%	26%
R.	0%	21%	2%	51%	11%	15%
V.	6%	22%	8%	20%	29%	15%
Összteljesítmény	7%	17%	4%	34%	19%	17%

27. táblázat: A nonverbális kifejezőeszközök megjelenései az afáziás vizsgálati csoportban

a) Fonetikai jellegű kompenzációs stratégiák

Az összes nonverbális kommunikációs eszköz mintegy 7 százalékát teszik ki a prozódia segítségével létrehozott új vagy kiegészítő jelentéstartalmak. A két fluens vizsgálati személy (V. és R.) produkciójában ez a stratégia fordul elő legkevesebbszer. Az eredmény azért meglepő, mert a szakirodalom nagyjából egyetért abban, hogy a nonfluens betegek intonációja messze elmarad a fluens betegektől (vö. Fex – Mänsson 1998).

	Nem kompenzációs	Kompenzációs
M.	0%	100%
Zs.	32%	68%
R.	0%	0%
V.	38%	62%

28. táblázat: A prozódiai eszközök használatának megoszlása az eszköz funkciója szerint

Azt, hogy a prozódia hogyan képes a sérült verbális produkció kompenzációjaként funkcionálni, célszerű néhány példával illusztrálni. A példákban félkövérrel szedtem a prozódiát kifejezetten kompenzációs céllal használó elemeket. A verzál szedés a nyomatékot jelzi. Szögletes zárójel jelzi a megjelenő gesztusok elejét és végét, kerek zárójelben a gesztus jellege.

(58) Zs: Érdekes, hogy ez. Minden megy. Amikor [**ezeK-TŐL**] (magyarázó) [a... a...] (szókereső) [szavakon mik,] (deiktikus) [azt nem.] (emblemikus).

(59) M: Én [sem voltam] (emblemikus), [**NE-EM**] (pantomimikus: kezével a szemüvegéhez nyúl, igazgatja, majd a fejére mutat, közben magyarázólag a feleségére néz) [Én sem voltam] (emblemikus).

Sem az (58), sem az (59) példa nem érthető a kontextus nélkül. (58)-ban a beteg arról beszél, hogy ha szólás, közmondás vagy más begyakorlott frázis prdukcióját várják el tőle, az sikerül („Érdekes, hogy ez. Minden megy.”). Ám amikor konkrét tárgyak megnevezésére, vagy személyek nevének kimondására kéri, az nem sikerül. A globális afáziás betegtől származik az (59) példa. A kontextus: a páciens felesége a beszélgetést vezető terapeutának a férje megromlott szeméről és látótérkieséséről beszél. M. megnyilatkozásainak igen nagy százaléka a rendszerint jelentés nélküli repetitív „én sem voltam”, „én sem tudom” elemekből áll. Jelen megnyilatkozásában ezen két elem mellett

csupán egyetlen szót találunk, amelyre azonban egy teljes gondolatmenet kifejezése hárul. Ezt a beteg heves gesztusokkal, és az azokhoz kapcsolódó, azokat értelmezni kívánó élénk intonációval igyekszik a hallgatóság számára érthetővé tenni.

A prozódia eszközének jelentésteremtő vagy -módosító szerepű használata az eseteknek mindössze a 31%-ában volt nem kompenzáló szerepű, további 31%-ban kiegészítette a félig létrehozott megnyilatkozást. Meglepő, hogy az egyáltalán nem sikerült produkciót az esetek negyedében próbálták a betegek a prozódia segítségével kompenzálni.

b) Szemantikai kompenzációs stratégiák

A társalgásokban a beszélő szigorúan vett verbális produkcióját kísérő nonverbális eszközök vizsgálata azért is különösen fontos, mert ezek olyan információkat hordoznak, amelyek a verbális üzenettel konzisztensek, de a csak nonverbális formában megjelenő hozzáadott tartalom a verbális kifejezésben nem található (Scharp et al. 2007: 718). Ily módon tehát magához a jelentésstruktúrához tesznek hozzá a megnyilatkozás szempontjából releváns elemeket (Goodwin 2000: 87).

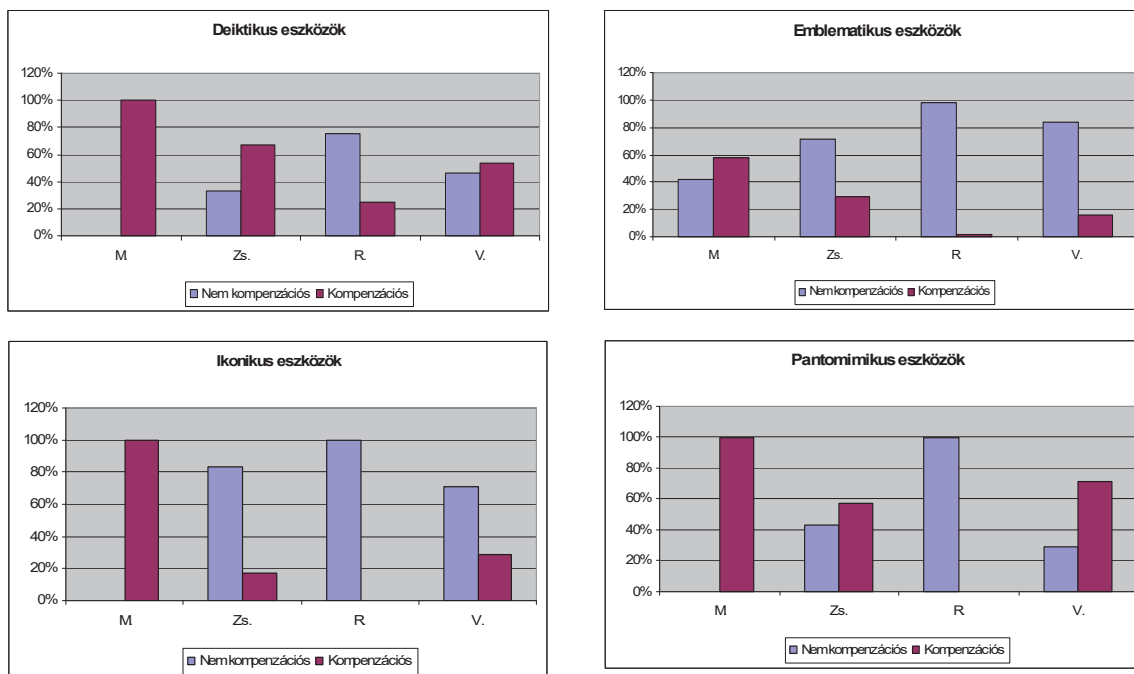
A vizsgált korpuszban szemantikai eszközök az összes nonverbális kommunikációs eszköz 76 százalékát teszik ki. A szemantikai kategóriát a fentebb is említett négy csoportra osztottam, vagyis megkülönböztettem a deiktikus, az ikonikus, az emblematikus és a pantomimikus eszközöket. Az összes nonverbális eszközhöz viszonyított 76% pedig úgy oszlik meg a négy alkategória között, hogy a deiktikus eszközök ebből

Deiktikus	17%
Ikonikus	4%
Emblematikus	36%
Pantomimikus	19%
Szemantikai eszközök összesen	76%

29. táblázat: A szemantikai nonverbális eszközök megoszlása csoportonként

Feltűnő az emblematikus eszközök igen magas aránya. A négy páciens közül háromnál az emblematikus gesztusok alkalmazása volt a legjellemzőbb, ám mindhárom betegnél működő adekvát produkciót támogató – azaz nem kompenzációs – funkcióban jelentek meg döntően. Megjegyzendő, hogy bár a globális afáziás betegnél több a kompenzációs szerepű emblematikus eszköz, mégis ez az általa alkalmazott összes nonverbális eszköz közül ez az egyetlen, amelyet nem kompenzációs szerepben is használt. Ahlsén kutatásai szerint az afáziások igen-nem jelentésben használt emblematikus kifejezései semmilyen

szempontból nem térnek el a normál használattól (Ahlsén 1985). Ezt a megállapítást vizsgálatom eredményei – vagyis a nem kompenzációs szerepben való ilyen magas arányú alkalmazás – is alátámasztják.



24. ábra: A szemantikai eszközök használata az afáziás vizsgálati személyek megnyilatkozásaiban

A globális afáziás személy adekvát emblematikus eszközöket tartalmazó produkciójára érdemes egy példát is bemutatni:

(60) M.: [nee igen] (*bólogat*) kko ssee [neeeem nem] (*kezeivel fejével nemet int*) [neejtőő sssem] (*egyvet mutat az ujjával, rázza a fejét*)

A beteg már megnyilatkozása legelején – ahol az elnyújtott *nee* szót mondja – is bólogat, majd nem adekvát mondanivalóját adekvátra javítja, miközben nonverbális kommunikációja mindvégig adekvát marad. A Wernicke afáziás V. volt az egyetlen, akinél az emblematikus gesztusok gyakorisága nem első, hanem csupán harmadik helyen áll a deiktikus és a pantomimikus gesztusok után. Megjegyzendő, hogy ő az egyetlen beteg, aki nem küzd hemiplégiával, aminek következtében a nagyobb mozgásos tevékenységet kívánó két gesztuskategória számára könnyebben kivitelezhető. Társai inkább a kar mozgását kevésbé igénybe vevő, pusztán a fej mozgásával is kivitelezhető emblematikus eszközöket részesítették előnyben. Az emblematikus eszközök döntően nem kompenzációs szerepben való alkalmazása, valamint a globális afáziás beteg produkciója azt mutatja, hogy ez a leginkább automatikusan működő, leginkább begyakorlott, ezért a legkevesebb erőfeszítést igénylő eszköz. Ezzel az eredménnyel egybevág a témában folytatott más

kutatások is, amelyek többnyire egyetértenek abban, hogy az *igen* és a *nem* használata még a súlyos afáziás pácienseknél is adekvát marad (Fex – Mänsson 1998: 196).

Szintén a Wernicke afáziás személy volt az, aki a legtöbb ikonikus gesztust használta. Ez a jelenség azért érdekes, mivel összefügg az írás, olvasás és számolás képességével, amely azonban mind a Broca afáziás, mind az anómikus betegnél is rendelkezésre állt. A kielégítő magyarázat megtalálása további kutatásokat igényel. V. produkciójában gyakori jelenség, hogy maga a verbális produkció, az ikonikus gesztus, valamint a kontextus kizárólag együttesen teszik érthetővé a megnyilatkozást. A beteg az alábbi példában arról beszél, hogy sokszor hiába látja a buszok elején található számokat, és tudja, hogy az adott járművek hova mennek, mégsem tudja kimondani magát a számot, így gyakran összekavarodik, és nem tudja, melyik buszra szálljon fel.

(61) V.: Úgy mártam, hogy úgy [nézegettem az *(hármát mutat az ujjával)* embereket tudod. Há mondom ez nem létezik] *(négyet mutat az ujján)*, há mondom akkor nem jó, mert az útján [láttam, hogy *(mutatja, ahogy látta, olvasta)* kettő *(kettőt rajzol a levegőbe)* nulla *(nullát rajzol)* hetes] *(hetest rajzol, először rossz irányba kanyarintja, aztán javítja)*.

Figyelmet kell fordítani továbbá az egyes nonverbális eszközkategóriák alkalmazási gyakorisága és az afázia súlyossága közötti összefüggésekre. Általánosan elfogadott megállapítás, hogy a nonverbális eszközök komplexitása és az afázia súlyossága fordítottan arányos értékek (Glosser et al. 1986: 345). Ennek részben ellentmondani látszik a globális afáziás M. produkciója, akinél – a könnyen kivitelezhető emblematikus eszközök után – leggyakrabban alkalmazott kompenzációs stratégia a pantomimikus eszközök használata. Összes nonverbális megnyilatkozásának 29%-át teszik ki ezek az eszközök, amelyeket a kontextussal összhangban adekvátan, és rendkívül kifejezően használ, miközben verbális produkciója a *ssem tudom* szavak ismételtetésében merül ki.

(62) M.: *(bólint)* Ott sszem tudom [naaaa hööö] *(beszélgetőpartnerének mutat valamit az asztalon, vállat rándít)* [sem tudom] *(fölemeli a bal kezét, és maga elé nyújtja egyenesen)* [igen hááát] *(bólogat, majd széttárja a kezét)* [**kosssem** tudom] *(magyarázó, nyomatékos hangsúly, bólint hozzá, Jobb kezét mozgatja)* [igen] *(bólint, tovább mozgatja a jobb kezét)* sem tudom [sss félre] *(közben bal kezével rámutat a jobb kezére)* és ööö [kel tutom] *(bólint, majd a lábára mutat)*

c) Pragmatikai kompenzációs stratégia

Fontos eleme még a vizsgálatnak a kompenzációs stratégiáknak az adott kontextusra, beszédshituációra utaló eszközeinek elemzése. A nonverbális eszközök közül pragmatikaiként vizsgáltam a tágon értett diskurzusra való reflektálást, az önellenőrzési és visszacsatolási folyamatok nonverbális megnyilvánulásait, valamint a szókereső stratégiákat.

Az anomikus afáziás R. produkciója volt az egyetlen, amelyben a pragmatikai eszközök kizárólag támogató, azaz nem kompenzációs szerepben jelentek meg, itt is döntően a diskurzusra reflektálva. A globális afáziás személy beszédében pedig éppen fordított helyzetet találunk: minden pragmatikainak tekinthető kifejezőeszköze kompenzációs stratégiaként funkcionált, és minden esetben szókereső stratégia volt. Emellett nála jelenik meg a legkevesebb pragmatikai stratégia, amelynek oka minden bizonnyal abban keresendő, hogy a diskurzus tágon értett kontextusának percepciója meglehetősen nehézséget jelent a súlyosan sérült beteg számára: sem munkamemóriája, sem figyelmi és koncentrációs képességei nem teszik lehetővé, hogy a diskurzusban aktívan részt vegyen. A legtöbb pragmatikai kompenzációs eszközt a transzkortikális motoros afáziás Zs. produkálta: beszédéhez kétszer annyi esetben tartozott kompenzáló, mint nem kompenzáló szerepű kifejezőeszköz. Ő leggyakrabban kétféle funkcióban alkalmazta ezeket az eszközöket: szókereső és magyarázó stratégiaként.

(63) Zs.: Hát őö én a... én szóval a [nem nagyon szerettem személy szerint] (*magyarázó gesztus*) a sódert szóval [a a aa az ilyen ő] (*szókereső gesztus*) [még ezelőtt] (*deiktikus*) [tehát két évvel ezelőtt] (*magyarázó gesztus*) cik [ööö ugyeee...] (*szókereső gesztus*) visszaemlékezve hát [én hát én nem nem nem nem] (*rázza a fejét*) tornázni.

A példából jól látható, hogy a vizsgálati személy megnyilatkozása szinte kizárólag szókereső elemekből áll – függetlenül attól, hogy ezek tartalmas szavak-e –, és mindegyik elemhez tartozik valamilyen, többnyire pragmatikai gesztus.

A Wernicke afáziás V. beszédében hasonló arányokat találunk, bár ott a nem kompenzáló szerepű kifejezőeszközök aránya kevesebb, mint fele a kompenzáló eszközöknek.

Úgy tűnik tehát, hogy a diskurzusra, annak résztvevőire és a világról való tudásra reflektáló pragmatikai eszközök kompenzáló jellegű használatának mértéke is egyenes

arányban áll az afázia súlyosságával: minél súlyosabb a sérülés, annál kevesebb pragmatikai eszközt számolhatunk össze, és annál jellemzőbb a kompenzáló használat.

	Nem kompenzációs szerep	Kompenzációs szerep
M.	0%	100%
Zs.	33%	67%
R.	100%	0%
V.	26%	74%

30. táblázat: A kompenzációs és nem kompenzációs szerepben megjelölt pragmatikai eszközök az afáziás vizsgálati személyeknél

d) Az eredmények összegzése

A vizsgált esetekről megállapítható, hogy az afázia súlyosságával szoros kapcsolatban áll a nem kompenzációs kontra kompenzációs szerepben álló nonverbális kifejezőeszközök használata. A súlyos globális afáziás páciens beszédében 20% volt a támogató eszközök használatának aránya, és 80% a kompenzációs szerepű eszközöké. Ezzel szemben a legenyhébben sérült anomikus afáziás R. beszédében az arány fordított: 94% az adekvát verbális produkciót támogató, és 6% a kompenzációs jellegű eszközök aránya. Emellett megjegyzendő, hogy a globális afáziával rendelkező páciens nem kompenzáló szerepű eszközei kivétel nélkül mind emblematikus eszközök voltak, azon belül is 90 százalékban az igent jelző fejbólintást, 10 százalékban pedig nemet jelző fejrázást jelentettek. A két hasonlóan sérült beteg pedig körülbelül fele-fele arányban produkált kompenzációs és nem kompenzációs kommunikációs eszközöket.

	Nem kompenzációs szerep	Kompenzációs szerep
M.	20%	80%
V.	46%	54%
Zs.	48%	52%
R.	94%	6%

31. táblázat: A nonverbális kifejezőeszközök szerepe az afáziás személyek megnyilatkozásaiban

A különböző nonverbális eszközök nem kompenzációs vs. kompenzációs szerepét mutatja összegezve a következő táblázat, amelyben nem vettem figyelembe az egészséges beszélőkhöz nagyon hasonló produkciót nyújtó R. beszédét, mivel a kompenzációs stratégiák szempontjából így kevésbé releváns képet kapnánk.

	Nem kompenzációs szerep	Kompenzációs szerep
Prozódiai	34%	65%
Deiktikus	37%	63%
Ikonikus	71%	29%
Emblematikus	66%	34%
Pantomimikus	23%	77%
Pragmatikai	29%	71%

32. táblázat: A nonverbális kifejezőeszközök szerepének összefoglaló táblázata

Érdekes jelenség, hogy minden kifejezőeszköz esetében $1/3 - 2/3$ arány áll fenn valamely felhasználási szempont előnyére. Félkövérrel emeltem ki a kompenzációs szerepű kifejezőeszközöket, vagyis a prozódiai, a deiktikus, a pantomimikus és a pragmatikai eszközöket. Az ikonikus és az emblematikus kifejezőeszközöknek a kompenzációban való alacsony részvételére legalább kétféle magyarázat kínálkozik: az emblematikus eszközök, ahová a direkt verbális jelentéssel bíró gesztusok és kinetikus mozgások tartoznak, igen mélyen rögzült, a nyelvelsajátítás legkorábbi szakaszában tanult, ezért automatikus eszközök. Valószínűsíthető, hogy a fejrázás és a bólogatás kivitelezéséhez nem szükséges semmilyen verbális erőfeszítés, és nem mozgat meg semmilyen, a verbalitással összefüggő – és ezért az afáziásoknál jó eséllyel sérült – kognitív folyamatot. Az ikonikus eszközök használatánál figyelembe kell venni azt is, hogy ez az a nonverbális eszköz, amit a legkevesebbszer, vagyis az összes előfordulás 4%-ában alkalmaznak az afáziások. A levegőben való írás és a számolás ugyanis szorosan összefüggenek a valódi számolási, írás és rajzkészséggel, ezzel együtt a térlátással, amely tényezők igen gyakran sérülnek. Ebből tehát az következik, hogy az a beteg, aki képes ezeket a gesztusokat alkalmazni, annak minden bizonnyal nem, vagy csak kevésbé sérültek a számolással és írással összefüggő képességei, ezért ezen eszköz használata során nem kompenzációként, hanem működő produkcióját támogatandó alkalmazza a megfelelő gesztust.

8.3 A gesztusok kontextuális adekvátsága, mint a kompenzáló szerep bizonyítéka

Ahhoz, hogy releváns képet kapjunk a gesztusoknak mint kompenzációs stratégiáknak a használatáról, azt is célszerű megvizsgálni, hogy mennyire adekvát egy-egy deiktikus gesztus, mennyire követi és mennyire relevánsan szemlélteti az afáziás személy verbális megnyilatkozásának deiktikus elemeit. Meg kell tehát vizsgálni, hogy a gesztusok, a szándékozott és a végül kivitelezett megnyilatkozás milyen viszonyban áll egymással.

A gesztussal kísért megnyilatkozások vizsgálata során kapott eredményeket az **X.** táblázat foglalja össze, amelyben nem csupán a gesztussal kísért deixisek, hanem minden gesztussal kísért megnyilatkozás szerepel. Adekvát gesztusnak tekintetem minden, olyan gesztust, amelynek jelentéstartalma az adott kontextusban értelmezhető, a beteg verbális megnyilatkozását kiegészíti vagy magyarázza és amely referenciális tartalommal bír. Adekvát megnyilatkozás alatt a szemantikai és pragmatikai, nem pedig a szintaktikai adekvátságot tekintetem, vagyis egy adekvát megnyilatkozás nem feltétlenül jelent grammatikus megnyilatkozást. A nem adekvát gesztus és megnyilatkozás pedig kontextuális inadekvátságot jelent.

Típus	Százalék
Adekvát gesztus adekvát megnyilatkozással	67%
Megnyilatkozástörődék mellett adekvát gesztus	18%
Adekvát gesztus nem adekvát megnyilatkozással	5%
Nem adekvát gesztus adekvát megnyilatkozással	0%
Nem adekvát gesztus nem adekvát megnyilatkozással	7%
Gesztus és megnyilatkozás nem érthető	3%

33. táblázat: A gesztusok adekvátságának vizsgálati eredményei

A vizsgált társalgásokban a gesztusok a szándékozott megnyilatkozást követték időben ott is, ahol a kimondott jelentéstartalmak ezzel nem egyeztek. Azokhoz a megnyilatkozásokhoz, amelyekben a beteg gesztikulált, 90%-ban adekvát gesztus társult. Ebből 18%-ban fordult elő, hogy a beteg a kontextusban adekvát gesztust tett annak ellenére, hogy megnyilatkozása érthetetlen vagy rendkívül töredékes volt. A kontextusban inadekvát megnyilatkozáshoz pedig az esetek 5%-ában tartozott adekvát gesztus. Fontos adat, hogy mindez fordítva, vagyis inadekvát gesztus mellett adekvát megnyilatkozás egyetlen esetben sem fordult elő. Az esetek nagy részében pedig a gesztikuláció néhány tizedmásodperccel megelőzte a hozzá tartozó megnyilatkozást, függetlenül ez utóbbi adekvátságától. Az eredmények azt mutatják, hogy a gesztusok a beteg számára

egyértelmű segítséget jelentenek a korlátozott verbális lehetőségek kompenzálására. Az esetek 23 százalékában magyarázta, egyértelműsítette vagy tette kontextuálisan adekváttá a beteg produkcióját a gesztikuláció.

8.4 Eredmények és következtetések

Az afáziás személyek verbális megnyilatkozásait a beszédhelyzetben az egészséges beszélőkhöz képest jóval nagyobb mértékben segítik a nonverbális kifejezőelemek, melyek így módon a kontextualizáció folyamatának elengedhetetlen eszközei. Az afáziás nyelvi zavart a diskurzusban kiválóan kiegészítik, kompenzálják, illetve a nyelvi megnyilatkozás jelentéstartalmához képest többlettartalommal ruházzák fel a nonverbális kifejezőeszközök, azon belül is a gesztikuláció és a mimika. Vizsgálatom eredményei azt mutatják, hogy csak olyan kognitív képesség funkcionálhat kompenzációs stratégiaként, ami

- nincs közvetlen kapcsolatban a sérült verbális képességekkel;
- feltételezi bizonyos nem nyelvi kognitív képességek meglétét;
- előhívása kisebb erőfeszítést igényel, mint a legenyhébben sérült funkció működtetése;
- nincs közvetlen kapcsolatban a sérült nem nyelvi képességekkel (pl. nem vizsgálható a beszédzúg és beszédtempó, valamint a hemiplégiás betegeknek a kinetikus eszközök egy része sem);
- nem függ sem a verbális, sem a vizuális munkamemóriától;
- a nemnyelvi, vagyis a vizuális gondolkodással összefüggő sémákhoz kapcsolódnak.

Emellett megállapítható, hogy a kísérőtűnet(ek) jellege (hemiplégia, alexia, agráfia, más motoros problémák, akalkulia) meghatározza a nonverbális eszközök használati körét.

A gesztusok adekvátságának vizsgálata során megfigyeltek több következtetést is megengednek. Az eredmények azt a nézetet látszanak alátámasztani, amely szerint afáziában nem maga a nyelv sérült, hiszen az adekvát gesztikuláció a verbalizált jelentéstartalom nonverbális kifejezőeszköze, és mint ilyen, a nyelvi gondolkodás „látható” megnyilvánulása. Másodszor megállapíthatjuk, hogy az afáziát a bal féltekére épülő, és ezért sérült verbális kivitelezőrendszer okozza. Az afázia mint betegség felfedezése óta tudjuk, hogy a beszédközpont – elsősorban a Broca- és a Wernicke-terület – a bal félteke egy jól körülhatárolható részén található. Jelen vizsgálat megerősíti azokat az elméleteket, amelyek szerint e központok valóban „csupán” beszédközpontok, és nem a nyelv mint

entitás központjai. Az adekvát és kifejező gesztusok vizsgálata azt mutatja, hogy a gondolkodás szintjén még nincsen egyértelmű deficit, az csak a konkrét nyelvi formában kivitelezendő megnyilatkozás létrehozásának folyamatában jelenik meg. A vizsgált afáziások között igen különböző képességekkel rendelkezők voltak, az elemzés során mégis az összesített eredményre hivatkozok, mivel szignifikáns eltérést csak az egyes gesztustípusok előfordulási arányaiban, nem pedig a gesztusnak mint kompenzációs eszköznek a meghatározó szerepében találtam. A vizsgált betegek tehát afáziájuk súlyosságától függetlenül hasonlóan jó eredményeket értek el a gesztusok használatában, noha konkrét verbális nyelvi képességeik igencsak eltérőek.

A gesztusok használatának mint kompenzációs stratégiának a működésére utal, hogy

- a gesztusok 90%-a kontextuálisan adekvát;
- a korlátozott produkciós mechanizmusból adódó megnyilatkozás-töredékeket a szándékozott megnyilatkozást értelmezhetővé tehető gesztusok „javítják”;
- a gesztusok néhány századmásodperccel szinte minden esetben megelőzik a kísért megnyilatkozást;
- a gesztussal kísért megnyilatkozásoknak alig több mint 2%-a nem érthető;
- az inadekvát gesztusokhoz minden vizsgált esetben inadekvát megnyilatkozások tartoznak.

Vizsgálatom megerősíti azt az álláspontot, mely szerint a páciensek gondolatait a gesztusok viszonylagos biztonsággal képesek többé-kevésbé érthetővé tenni, ezáltal a kommunikáció sikerességéhez nagyban hozzájárulnak.

V. Következtetések, összegzés

Disszertációmban funkcionális szempontból igyekeztem magyarázni az afáziás nyelvi zavar néhány jellegzetességét, mégpedig a jelentéskonstruálási folyamatok néhány kérdésében és a kontextualizáció működésében próbáltam kimutatni az afáziára jellemző sajátosságokat. Vizsgálataimat négy afáziás személy, két gyógyult személy és hat kontrollszemély bevonásával többrésztvevős spontán beszéden alapuló társalgások elemzésével tettem meg. A vizsgálatot meghatározó egyik legfontosabb alaptézisem, hogy az afáziás személy célja az egészséges beszélőkhöz hasonlóan kontextuálisan adekvát és tartalmilag releváns megnyilatkozások létrehozása. Elemzésemhez azért választottam a diskurzusba ágyazott spontán beszéd vizsgálatát, mert véleményem szerint az egészséges beszélőkhöz hasonlóan az afáziás személyek számára is a diskurzusban elhangzó spontán beszéd az a természetes közeg, amelyben az egyén beszédprodukciója a leginkább érintetlen, éppen ezért a legközvetlenebb formában vizsgálható. A bemutatott jelenségekben levont következtetéseimet a vizsgált afáziás személyek alacsony száma miatt nem tekintem általános érvényűnek.

A jelentéskonstruálás adekvát működéséhez szükséges feltételeket, úgymint a tárolás, az észlelés és előhívás, a hozzáférés kérdéseit, valamint a gyakoriság, a begyakorlottság és feltűnőség kérdéseit elemezve több megállapítást tettem. Úgy tűnik egyrészt, hogy az afáziás nyelvi zavar járulékos kísérintőtünetei, úgymint a téri orientáció zavara, a figyelmi folyamatok sérülése...stb. meghatározzák a nyelvi tevékenység sikerességét is. Az emlékezeti folyamatokkal szorosan összefüggő hozzáférési folyamatokról megállapítottam, hogy a munkamemória korlátozottságával ellentétben nem egy állandóan fennálló zavarról van szó, hanem elsősorban a célzott előhívás zavaráról, amelyet jelentős mértékben befolyásolnak a környezeti és szociális hatások, mint például a beszédprodukció sikertelensége miatt érzett kudarc. Itt vizsgáltam a hozzáférési zavar következtében megjelenő, a ko-textussal is összefüggő perszeverációkat és parafáziákat. A perszeveráció jelenségéről megállapítottam, hogy nagyban függ a figyelmi és emlékezeti folyamatoktól: a perszeveráció előfordulásának mennyisége, mértéke és milyensége nagymértékben a perszeverált szó előhívásának tudatos vagy automatikus folyamatától függ. Eszerint a tudatos perszeverációkat a beteg többnyire kompenzációs céllal alkalmazza, vagyis a nyelvi hátrányt igyekszik kiküszöbölni ennek segítségével. A parafáziák kérdésében úgy találtam, hogy a zavar elsősorban az információhoz való

hozzáférésben található, mivel ilyenkor az afáziás személy egy éppen nem elérhető nyelvi elem helyett produkál egy másikat. A nem elérhető és a végül produkált elem között a kapcsolat lehet fonológiai, vizuális vagy szemantikai. A figyelem kérdésében megállapítható, hogy az afáziás személyek többnyire nem képesek az automatikus és tudatos figyelmi folyamatok együttes működtetésére annak ellenére sem, hogy az automatikus folyamatok nem igényelnek külön mentális erőfeszítést. Az eredmények azt mutatják, hogy az afáziás személyek beszédében gyakran megjelenő „beragadt” elemek háttérében a munkamemória korlátozottságával összefüggésben az a jelenség áll, hogy a munkamemóriába került elemek a figyelem fókuszába kerültek, így feltűnővé, egyúttal aktívvá váltak. A korlátozott mentális feldolgozó rendszer pedig – minden bizonnyal gazdaságossági okokból – nem képes a feltűnő elemek figyelmen kívül hagyására, és a beszédshituációhoz, illetve az egyén szándékozott mondanivalójához való állandó és gyors hozzáigazításra.

A gyakoriság és a begyakorlottság kérdéseit vizsgálva arra a következtetésre jutottam, hogy minél begyakorlottabb és minél gyakoribb egy adott nyelvi elem, annál nagyobb valószínűséggel jelenik meg még a viszonylag súlyosabb afáziákban is: a legmélyebben elsáncolt elemek még globális afáziákban is épen maradnak. Az anomikus afáziás személy eredményei emellett azt mutatták, hogy a megbetegedés óta eltelt idő is befolyásolja a gyakorisági hatásokat, mégpedig úgy, hogy az idő múlásával egyre több elem válik előhívhatóvá. Emellett úgy tűnik, hogy a gyakorisági hatások még a gyógyult személyek produkcióját is befolyásolják: ők is gyakran használják produkciójukban a gyakoribb és mélyebben elsáncolt elemeket. Összességében tehát az afáziával küzdő személyek gyakrabban használnak konvencionálisabb és gyakoribb elemeket, valamint beszédükre a kevesebb elem nagyobb számban való megjelenése jellemző. Mindezzel összefüggésben az egészséges beszélők megnyilatkozásaiban mérhetően nagyobb a szavak változatossága és kevesebb a szóismétlés.

A begyakorlottság kérdésével összefüggő kategorizációs folyamatok esetében arra az eredményre jutottam, hogy a három vizsgálati csoport közül az afáziás személyek használják a legtöbb alapszintű kategóriát, a gyógyult csoport ennél kevesebb ilyen kategóriaelemet használ, de a legkevesebbet a kontrollcsoport beszédében találjuk. Mindez arra utal, hogy az anyanyelvvel sajátítás korai szakaszában tanult és berögzült, alapszintűnek tekinthető nyelvi elemek egyrészt sértetlenek maradnak afáziában, másrészt általános jelentésüknél fogva kompenzációs szerepben is fölléphetnek, mivel segítségükkel az afáziás személy a konkrét referencia megadása nélkül fejezhet ki az adott

beszédszituációban adekvát jelentéstartalmat. A sémák működése, illetve működési zavarai sem mutatnak egységes képet: a statikus tudáskeretek többnyire jobban épen maradnak a dinamikus forгатókönyveknél, mert a legtöbb afázias számára nehézséget jelent ez utóbbiak téri, idői összerendezése vagy magának a cselekvésnek a feldolgozása. A szintén sematikus, idiomatikus nyelvi elemekről megállapíthatjuk, hogy intonációs egységként tárolt voltuknak köszönhetően ritmikai egységként részben előhívhatóak, de a legtöbb afázias személy jelentésüket már nem képes meghatározni. Úgy tűnik, hogy azok a sémák maradnak leginkább épen az afáziát okozó agysérülés következtében, amelyek nem csupán verbálisan, hanem verbális, szociális és egyéni tapasztalatok által is konvencionalizált egységgé vált az afázias személy elméjében.

Dolgozatom második nagy egységében a kontextualizáció alapkérdéseit vizsgáltam. Rendkívül fontos alapvetésnek tartom, hogy az afázia vizsgálatának kérdésében nemcsak a terapeutát, de az afáziával foglalkozó nyelvészt is annak a ténynek a szem előtt tartása kell hogy vezessen, mely szerint minden afázias jobban kommunikál, mint ahogyan az tesztekkel mérhető nyelvi állapotából következne. A szemtől-szemben spontán társalgásokban ugyanis a beteg rendelkezésére áll a kontextus minden eleme, azok eszközei és minden lehetősége, amelyek segítségével számos lehetőséget kap korlátozott nyelv(tan)i képességeinek kompenzálására. Emellett a kontextusban elhangzó megnyilatkozások megértése is könnyebb az afázias személyek számára, mint az izoláltan elhangzó feladatok értelmezése. Az eredmények azt mutatják, hogy az afáziasok képesek a diskurzushoz kapcsolódó szituációs kontextusból levonni a megfelelő következtetéseket, és kinyerni az abból származó extranyelvi információkat. Ezekben az esetekben a verbális produkció mellett a gesztikuláció lehetősége is segíti az afázias személyek megértését és produkcióját is. Dolgozatomban felhívom a figyelmet egy, a kontextualizációval, illetve a kontextussal összefüggő, az afázias beszédben gyakori jelenségre. A redundancia az afázias megnyilatkozások talán leginkább kétarcú jelensége: míg a redundancia minél nagyobb csökkentése (pl. a deixis segítségével) az afázias beszédprodukció gazdaságossága szempontjából nagy fontossággal bír, aközben azt látjuk, hogy bizonyos megnyilatkozásokban az afáziasok látszólag feleslegesen redundáns elemeket (ld. a koreferencia zavarát vagy hiányát) alkalmaznak. Mindennek azonban elemzésem szerint valójában meglehetősen logikus magyarázata van. A deiktikus nyelvi elemek alkalmazásával – egyúttal a redundancia csökkentésével – a betegek anélkül mutathatnak rá konkrét entitásokra, hogy nyelvileg kifejtett formában meg kellene azt jelölniük. A

redundanciát látszólag növelő korefenciális elemek alkalmazásának zavara, illetve ezek szinte teljes hiánya azért csupán látszólag növeli a redundanciát, mivel ezekkel a megoldásokkal a páciens a munkamemóriában már aktív elemet alkalmazza újra, ami pedig kisebb erőfeszítést igényel, mint egy, még nem aktivált elem aktiválása.

A diskurzusban való eredményes részvételhez a megnyilatkozások kontextusban történő állandó koordinációjára van szükség, a megértéshez pedig a diskurzusban résztvevő személyek között folyamatos kooperáció szükséges. Ez a jelenség is jól mutatja a kontextus dinamikusan konstruálódó folyamatát. A koordináció és kooperáció kérdésében a társalgást meghatározó elvek működését vizsgáltam az afáziás személyek megnyilatkozásaiban. Elemzésem szerint az afáziás személyekre gyakran jellemző, hogy nem képesek a relevancia társalgást meghatározó elvének alkalmazására. A mindenkor kontextusban releváns megnyilatkozás létrehozása állandó kontrollt és hozzáigazítást igényel a beszélőtől, amely képességek afáziában többnyire korlátozottak. A társalgásra vonatkozó Udvariassági Elv kérdésében azt találtam, hogy ezen elv meglehetősen sokféle mintázatban képes sérülni az egyes beszélőknél. Egyes afáziások beszédprodukciónkban figyelmen kívül hagyják az udvariassági elveket, és ezért gyakran megsértenek másokat, miközben észlelik és képesek jól megkülönböztetni a feléjük irányuló udvarias és nem udvarias megnyilatkozásokat. Más afáziások pedig éppen fordítva: megnyilatkozásaik mindig megfelelően udvariasak, ám a nekik szóló udvarias vagy éppen udvariatlan megnyilatkozásokat nem képesek megérteni.

A kontextus egyik meghatározó eleme a deixis, amelynek az afáziás beszédprodukciónban igen jelentős szerepe van. Ennek ellenére a neurolingvisztikai kutatások egyáltalán nem fordítanak figyelmet a deiktikus viszonyok afáziás beszédben történő feltárására. Vizsgálatomból, amelyben a tér-, idő-, diskurzus-, és személydeixis előfordulásait és jellegzetességeit elemeztem a bemutatott korpusz alapján, több következtetés is levonható. Az afáziás beszédprodukciónk beszűkültségét mutatja, hogy mind az afáziás, mind a gyógyult vizsgálati személyek minden deixistípusban kevesebb kifejezési formát használtak a kontrollcsoportnál, és egyéni eredményeik jobban eltértek egymástól, mint a kontrollszemélyek egyenként szemlélt eredményei. Mind a négy deixistípus használatára jellemzőnek találtam, hogy mind az afáziás, mind a gyógyult személyek a fizikailag érzékelhető vagy térben és/vagy időben közel lévő entitások produkciójában szignifikánsan jobb eredményt értek el, mint a nem érzékelhető és/vagy korábban soha nem tapasztalt viszonyok produkciójában. Elemzésemből úgy tűnik, hogy a deixis kompenzációs stratégiaként működik az afáziás megnyilatkozásokban. A deixissel

és a konkrét kontextussal áll szoros kölcsönhatásban a gesztusok jelenléte: dolgozatomban azt vizsgálom, hogy a gesztusok – köztük a gesztussal kísért deixis –, mint kompenzációs eszközök hogyan működnek az afáziás beszédben, és hogyan segítik nonverbális formában a verbális kifejezésformákat. Elemzésem során azt találtam, hogy a gesztikuláció a nyelvi és képi gondolkodás hatékony megnyilvánulási formája, és mint ilyen a gondolkodás folyamatára is utal, amelynek szintjén – az eredmények alapján – a sérült afáziás agyban még nincsen zavar. A gesztikuláció körülbelül azonos mértékben jellemző a súlyos és kevésbé súlyos afáziákban szenvedőkre, ami arra utal, hogy a nonverbális kifejezőeszközök kisebb, és a nyelvi kifejezésekhez képest más típusú mentális erőfeszítést igényelnek. A gesztusokat a vizsgált afáziás betegek kontextuálisan adekvátan alkalmazták, mégpedig néhány századmásodperccel a kísért megnyilatkozást megelőzve: e két adat arra utal, hogy a gesztikuláció eszköze valóban hatékony kompenzációs stratégiája a sérült nyelvi képességeknek. Ezt erősíti tovább, hogy a megnyilatkozás-töredékeket vagy nyelvileg nem adekvát vagy hiányos megnyilatkozásokat többnyire ezeket értelmező és adekváttá tévő gesztusok javítják ki.

Disszertációmban tehát arra tettem kísérletet, hogy az afáziás beszédprodukción a szigorúan vett szintaktikai zavarok elemzésén túl, illetve azok helyett a nyelvi tevékenység folyamatában mint kontextusba ágyazott, interperszonális, szociokulturális és egyéni sajátosságok által meghatározott kognitív folyamatot értelmezzem és elemezzem.

VI. Bibliográfia

- Aggujaro, Silvia – Crepaldi, Davide – Pistarini, Caterina – Taricco, Mariangela – Luzzatti, Claudio 2006. Neuro-anatomical correlates of impaired retrieval of verbs and nouns: interaction of grammatical class, imageability and actionality. *Journal of Neurolinguistics* 19. 3: 175–194.
- Ahlsén Elisabeth 1985. The nonverbal communication of aphasics conversation. *Gotheburg Papers in Theoretical Linguistics* 48.
- Ahlsén, Elisabeth 2006. *Introduction to neurolinguistics*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Aitchison, Jean 1987. *Words in the mind. An introduction to the mental lexicon*. Malden, Blackwell.
- Allen, Corinne N. – Martin, Randi C. – Martin, Nadine 2012. Relations between short-term memory deficits, semantic processing, and executive function. *Aphasiology* 26. 3–4: 428–461.
- Anderson, Jane E. – Holcomb, Phillip J. 2005. An electrophysiological investigation of the effects of coreference on word repetition and synonymy. *Brain and Language* 94. 2: 200–216.
- Angeleri, Romina – Bosco, Francesca M. – Zettin, Marina – Sacco, Katusca – Colle, Livia – Bara, Bruno G. 2008. Communicative impairment in traumatic brain injury. A complete pragmatic assessment. *Brain and Language* 107. 3: 229–245.
- Anward, Jan 2003. Own words on achieving normality through paraphasias. In: Goodwin, Charles (ed.): *Conversation and brain damage*. Oxford, Oxford University Press, 189–210.
- Armstrong, David F. – Wilcox, Sherman 2007. *The gestural origin of language*. Oxford, Oxford University Press.
- Baddeley, Alan 2003. *Az emberi emlékezet*. Budapest, Osiris.
- Basso, Anna 2003. *Aphasia and its therapy*. Oxford, Oxford University Press.
- Bastiaanse, Roelien – van Zonneveld, Ron 2004. Broca's aphasia, verbs and the mental lexicon. *Brain and Language* 90. 1–3: 198–202.
- Baum, Shari R. 1997. Phonological, semantic and mediated priming in aphasia. *Brain and Language* 60. 3: 347–359.
- Bánréti Zoltán (szerk) 1999a. *Nyelvi struktúrák és az agy. Neurolingvisztikai tanulmányok*. Budapest, Corvina Kiadó.
- Bánréti Zoltán 1999b. Megjegyzések a neurolingvisztikáról. In: Bánréti Zoltán (szerk.): *Nyelvi struktúrák és az agy. Neurolingvisztikai tanulmányok*. Budapest, Corvina Kiadó, 7–56.
- Bánréti Zoltán 2000a. A nyelvtan neurológiai realitásának problémájáról. In: Gecső Tamás (szerk.): *Lexikális jelentés – aktuális jelentés*. Budapest, Tinta Könyvkiadó, 42–55.
- Bánréti Zoltán 2000b. Nyelvtan és mentális elemző neurolingvisztikai megközelítésben. In: Kiefer Ferenc – Gósy Mária (szerk.): *Helyzetkép a magyar nyelvtudományról*. Budapest, MTA Nyelvtudományi Intézet, 17–28.
- Bánréti Zoltán 2003: A nyelv és az agy. In: Kenesei István (szerk.): *A nyelv és a nyelvek*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 210–231.
- Bánréti Zoltán 2006. A nyelvtan gazdaságossági elveinek sérülése agrammatikus afáziában. In: Klaudy Kinda – Dobos Csilla (szerk.): *A világ nyelvei és a nyelvek világa. A XV. Magyar Alkalmazott Nyelvészeti Kongresszus előadásai*. Pécs – Miskolc, 101–113.
- Bánréti Zoltán 2009. Chomsky hatása a neurolingvisztikai kutatásokra; a mentálisan reális nyelvtan kérdése. *Magyar Tudomány* 9. 1064–1074.

- Becker, Anne 2001. *Pragmatik und Aphasie. Konversationsanalytische Verfahren in der Aphasiediagnostik*. Peter Lang.
- Béland, Renée – Caplan, David – Nespoulous, Jean-Luc 1990. The role of abstract phonological representations in word production: Evidence from phonemic paraphasias. *Journal of Neurolinguistics* 5. 2–3: 125–164.
- Benson, David F. – Ardila, Alfredo 1996. *Aphasia. A clinical perspective*. Oxford, Oxford University Press.
- Benton, Arthur – Anderson, Steven W. 1998. Aphasia: Historical perspectives. In: Sarno, Martha T. (ed.): *Acquired aphasia*. San Diego/London, Academic Press, 1–20.
- Best, Wendy – Schröder, Astrid – Herbert, Ruth 2006. An investigation of a relative impairment in naming non-living items: theoretical and methodological implications. *Journal of Neurolinguistics* 19. 96–123.
- Blumstein, Sheila E. 1998. Phonological aspects of aphasia. In: Sarno, Martha T. (ed.): *Acquired Aphasia*. San Diego/London, Academic Press, 157–185.
- Brown, Jason W. – Chobor, Karen L. 1989. Frontal lobes and the problem of perseveration. *Journal of Neurolinguistics* 4. 1: 65–85.
- Brownell, Hiram H. – Carroll, John J. – Rehak, Alexandra – Wingfield, Arthur 1992. The use of pronoun anaphora and speaker mood in the interpretation of conversational utterances by right hemisphere brain-damaged patients. *Brain and Language* 43. 1: 121–147.
- Buckingham, Hugh W. 1986. The scan-copier mechanism and the positional level of language production: Evidence from phonemic paraphasia. *Cognitive Science* 10. 2: 195–217.
- Buckingham, Hugh W. – Rekart, Deborah, M. 1979. Semantic paraphasia. *Journal of Communication Disorders* 12. 3: 197–209.
- Butterworth, Brian 1979. Hesitation and the production of verbal paraphasias and neologisms in jargon aphasia. *Brain and Language* 8. 2: 133–161.
- Bybee, Joan 2010. *Language, usage and cognition*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bybee, Joan – Hopper, Paul (eds.) 2001. *Frequency and the emergence of linguistic structure*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Canter, Gerald J. – Trost, Judith E. – Burns, Martha S. 1985. Contrasting speech patterns in apraxia of speech and phonemic paraphasia. *Brain and Language* 24. 2: 204–222.
- Caplan, David 1987. *Neurolinguistics and linguistic aphasiology. An introduction*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Caplan, David 1999. [1987] A neurolingvisztika és a nyelvészeti afáziakutatás. (részletek) In: Bánréti Zoltán (szerk.): *Nyelvi struktúrák és az agy*. Budapest, Corvina, 91–117.
- Cappa, Stefano F. – Perani, Daniela 2003. The neural correlates of noun and verb processing. *Journal of Neurolinguistics* 16. 2–3: 183–189.
- Caramazza, Alfonso – Hillis, Argye E. 1991. Lexical organization of nouns and verbs in the brain. *Nature* 349. 788–790.
- Carlomagno, Sergio 1994. *Pragmatic approaches to aphasia*. London, Singular.
- Chantraine, Yves – Joannette, Yves – Cardebat, Dominique 1998. Impairments of discourse-level representations and processes. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 262–274.
- Chapey, Roberta (ed.) 2001. *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Wolters Kluwer Health.
- Chomsky, Noam 1965. *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, The MIT Press.
- Chomsky, Noam 1995. *The Minimalist Program*. Cambridge, The MIT Press.

- Cicone, Michael – Wapner, Wendy – Foldi, Nancy – Zurif, Edgar – Gardner, Howard 1979. The relation between gesture and language in aphasic communication. *Brain and Language* 8. 3: 324–349.
- Cienki, Alan 2010. Frames, Idealized Cognitive Models, and domains. In: Geeraerts, D. – Cuyckens, H. (eds.): *The Oxford handbook of cognitive linguistics*. Oxford, Oxford University Press, 170–187.
- Cocks, Naomi – Hird, Kathryn – Kirsner, Kim 2007. The relationship between right hemisphere damage and gesture in spontaneous discourse. *Aphasiology* 21. 3–4: 299–319.
- Coltheart, Max – Sartori, Giuseppe – Job, Remo (eds.) 1987. *The cognitive neuropsychology of language*. Hove, Lawrence Erlbaum Associates.
- Coulson, Seana 2004. Electrophysiology and pragmatic language comprehension. In: Noveck, I. – Sperber, D. (eds.): *Experimental pragmatics*. San Diego, Palgrave Macmillan, 187–206.
- Coulson, Seana 2006. Constructing meaning. *Metaphor and Symbol* 21. 245–266.
- Coulson, Seana 2007. Electrifying results. ERP data and cognitive linguistics. In: Gonzalez-Marquez, Monica – Mittelberg, Irene – Coulson, Seana – Spivey, Michael J. (eds.): *Methods in cognitive linguistics*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 400–423.
- Coulson, Seana – Federmeier, Kara D. – Van Petten, Cyma – Kutas, Marta 2005. Right hemisphere sensitivity to word- and sentence-level context: Evidence from event-related brain potentials. *Journal of Experimental Psychology* 31. 1: 129–147.
- Crepaldi, Davide – Aggujaro, Silvia – Arduino, Lisa S. – Zonca, Giusy – Ghirardi, Graziella – Inzaghi, Maria G. – Colombo, Mariarosa – Chierchia, Gennaro – Luzzatti, Claudio 2006. Noun-verb dissociation in aphasia: The role of imageability and functional locus of the lesion. *Neuropsychologia* 44. 1: 73–89.
- Croft, William – Cruse, Alan 2004. *Cognitive linguistics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Crosson, Bruce 2007. Functional Neuroimaging in impaired language in aphasia. In: Hillary, F. – De Luca, J. (eds.): *Functional neuroimaging in clinical populations*. The Guilford Press, 219–246.
- Cummings, Louise 2007. Clinical pragmatics: A field in search of phenomena? *Language and Communication* 27. 396–432.
- Cummings, Louise 2008. *Clinical Linguistics*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Cummings, Louise 2012. Theorising context: The case of clinical pragmatics. In: Finkbeiner, Rita – Meibauer, Jörg – Schumacher, Petra B. (eds.): *What is a context? Linguistic approaches and challenges*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 55–80.
- Cutica, Ilaria – Bucciarelli, Monica – Bara, Bruno G. 2006. Neuropragmatics: Extralinguistic pragmatic ability is better preserved in left-hemisphere-damaged patients than in right-hemisphere-damaged patients. *Brain and Language* 98. 12–25.
- Cseh Katalin 1995. *Gyakorlatok az afázia kognitív nyelvi terápiájához*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Csépe Valéria 2003. A nyelvi zavarok kognitív idegtudományi elemzése. In: Pléh Cs. – Kovács Gy. – Gulyás B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 561–584.
- Csépe Valéria 2005. *Kognitív fejlődésneuropszichológia*. Budapest, Gondolat.
- Damasio, Antonio D. 1993. Nouns and verbs are retrieved with differently distributed neural systems. *Proceedings of the National Academy of sciences of the USA* 90. 4957–4960.
- Damasio, Antonio R. 1996. *Descartes tévedése*. Budapest, AduPrint.

- Damasio, Antonio R. 1998a. Signs of aphasia. In: Sarno, Martha T. (ed.): *Acquired aphasia*. San Diego/London, Academic Press, 25–41.
- Damasio, Hanna 1998b. Neuroanatomical correlates of the aphasias. In: Sarno, Martha T. (ed.): *Acquired aphasia*. San Diego/London, Academic Press, 43–70.
- Damasio, Antonio R. – Damasio, Hanna 2000. Aphasia and the neural basis of language. In: Mesulam, Marsel (ed.): *Principles of behavioral and cognitive neurology*. Oxford, Oxford University Press, 294–315.
- Damasio, Antonio R. – Tranel, Daniel 1993. Nouns and verbs are retrieved with differently distributed neural systems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 90. 4957–4960.
- Danly, Martha – Cooper, William E. – Shapiro, Barbara 1983. Fundamental frequency, language processing, and linguistic structure in Wernicke's aphasia. *Brain and Language* 19. 1: 1–24.
- Davis, George A. – Wilcox, Jeanne M. 1985. *Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics*. Windsor, NFER Nelson.
- D'Ausilio, Alessandro – Craighero, Laila – Fadiga, Luciano 2010. The contribution of the frontal lobe to the perception of speech. *Journal of Neurolinguistics* 1–8.
- D'Esposito, Mark – Alexander, Michael P. 1995. Subcortical aphasia: distinct profiles following left putaminal hemorrhage. *Neurology* 45. 38–41.
- DeDe, Gayle 2012. Effects of word frequency and modality on sentence comprehension impairments in people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology* 21. 103–114.
- Démonet, Jean-François 1998. Tomographic brain imaging of language functions. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds): *Handbook of neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 132–143.
- Dér Csilla Ilona 2009. Diskurzusjelölők – funkcionális szóosztály? *A Budapesti Uráli Műhely (BUM) 5. – SzóOSZTÁLYtalálkozó*.
<http://fgtrort.nytud.hu/images/stories/bum5/DerCsillaBUM5.pdf> (utolsó letöltés: 2011. június 7.)
- Dér Csilla Ilona 2010. „Töltelékelem” vagy új nyelvi változó? *A hát, úgyhogy, így és ilyen újabb funkciójáról a spontán beszédben. Beszédkutatás* 2010: 159–170.
- Dressler, Wolfgang U. 1977. Morphological disturbances in aphasia. In: *Wiener linguistische Gazette* 14. 3–11.
- Dressler, Wolfgang U. 1988. A classification of phonological paraphasias. In: Dressler, Wolfgang U. – Stark, Jacqueline 1988. *Linguistic analyses of aphasic language*. New York, Springer, 1–22.
- Dressler, Wolfgang U. – Stark, Jacqueline 1988. *Linguistic analyses of aphasic language*. New York, Springer.
- Dronkers, Nina – Ludy, Carl 1998. Brain lesion analysis in clinical research. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of Neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 174–187.
- Edwards, Susan – Varlokosta, Spyridoula 2007. Pronominal and anaphoric reference in agrammatism. *Journal of Neurolinguistics* 20. 7: 423–444.
- Engl, Eva Maria – Kotten, Anneliese – Ohlendorf, Ingeborg – Poser, Elfi 1990. *Gyakorlatok az afázia terápiájához*. Budapest, Medicina.
- Erdeljac, Vlasta – Sekulic, Martina 2008. Syntactic-semantic relationships in the mental lexicon of aphasic patients. *Clinical Linguistics and Phonetics* 22. 10–11: 795–803.
- Evans, Vyvyan 2003. *The structure of time*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Evans, Vyvyan – Green, Melanie 2006. *Cognitive linguistics. An introduction*. Edinburgh, Edinburgh University Press.

- Eviatar, Zohar 1998. Attention as a psychological entity and its effects on language and communication. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 276–289.
- Federmeier, Kara D. – Kutas, Marta 1999. Right words and left words: electrophysiological evidence for hemispheric differences in meaning processing. *Cognitive Brain Research* 8. 373–392.
- Fenk-Oczlon, Gertraud 1990. Ökonomeprinzipien in Kognition und Kommunikation. In: Boretzky, N. – Enniner, T. – Stolz, T. (Hrsgs.): *Spielarten der Natürlichkeit. Spielarten der Ökonomie*. Brockmayer, 37–50.
- Fenk-Oczlon, Gertraud 1991. Frequenz und Kognition. Frequenz und Markiertheit. *Folia Linguistica* 25. 361–394.
- Fenk-Oczlon, Gertraud 2001. Familiarity, information flow, and linguistic form. In: Bybee, Joan – Hopper, Paul (eds.): *Frequency and the emergence of linguistic structure*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 431–448.
- Fernandino, Leonardo – Iacoboni, Marco 2010. Are cortical motor maps based on body parts or coordinated actions? Implications for embodied semantics. *Brain and Language* 112. 1: 44–53.
- Feyereisen, Pierre – Seron, Xavier 1982. Nonverbal communication and aphasia: a review. *Brain and Language* 16. 2: 191–236.
- Feyereisen, Pierre – de Lannoy, Jacques-Dominique 1991. *Gestures and speech: psychological investigations*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Fex, Bibi – Mänsson, Ann-Christin 1998. The use of gestures as a compensatory strategy in adults with acquired aphasia compared to children with specific language impairment (SLI). *Journal of Neurolinguistics* 11. 1–2: 191–207.
- Forde, Emer M. – Humphreys, Glyn W. (eds.) 2002. *Category specificity in brain and mind*. Hove, Psychology Press.
- Fortescue, Michael 2009. *A neural network model of lexical organisation*. New York, Continuum.
- Fraser, Bruce 1999. What are discourse markers? *Journal of Pragmatics* 31. 931–952.
- Fricke, Ellen 2003. Origo, pointing, and conceptualization: what gestures reveal about the nature of the origo in face-to-face interaction. In: Lenz, Friedrich (ed.): *Deictic conceptualisation of space, time and person*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 69–93.
- Friederici, Angela D. – Pfeifer, Erdmut – Hahne, Anja 1993. Event-related brain potentials during natural speech processing: effects of semantic, morphological and syntactic violations. *Cognitive Brain Research* 1. 183–192.
- Friedmann, Naama – Gvion, Aviah 2003. Sentence comprehension and working memory limitation in aphasia: A dissociation between semantic-syntactic and phonological reactivation. *Brain and Language* 86. 1: 23–39.
- Fromkin, Victoria A. 1999. [1997] Gondolatok az agy, az elme és a nyelv közti kapcsolatokról. In: Bánréti Z. (szerk.): *Nyelvi struktúrák és az agy*. Budapest, Corvina, 59–90.
- Gainotti, Guido – Lemmo, Maria Assunta 1976. Comprehension of symbolic gestures in aphasia. *Brain and Language* 3. 3: 451–460.
- Geeraerts, Dirk 2010. *Theories of Lexical semantics*. Oxford, Oxford University Press.
- Geeraerts, Dirk – Cuyckens, Hubert (eds.) 2007. *The Oxford handbook of cognitive linguistics*. Oxford, Oxford University Press.
- Gentner, Dedre – Goldin-Meadow, Susan (eds.) 2003. *Language in mind*. Cambridge MA, The MIT Press.

- Geschwind, Norman 1984. Neural mechanisms, aphasia and theories of language. In: Caplan, D. – Lecours, A. R. (Eds.): *Biological perspectives on language*. 31–39.
- Givón, Talmy 2002. *Bio-linguistics. The Santa Barbara lectures*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Givón, Talmy 2005. *Context as other minds: the pragmatics of sociality, cognition and communication*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Glosser, Guila – Wiener, Morton – Kaplan, Edith 1986. Communicative gestures in aphasia. *Brain and Language* 27. 2: 345–359.
- Goldstein, Kurt 1948. *Language and language disturbances: aphasic symptom complexes and their significance for medicine and theory of language*. New York, Grune–Stratton.
- Goldmann, Rachel E. – Schwartz, Myrna F. – Wilshire, Carolyn E. 2001. The influence of phonological context on the sound errors of a speaker with Wernicke’s Aphasia. *Brain and Language* 78. 3: 279–307.
- Goodglass, Harold 1998. Advances in neurolinguistic research. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of Neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 13–16.
- Goodglass, Harold – Kaplan, Edith 1983. *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia, Lea & Febiger.
- Goodwin, Charles 2000. Gesture, aphasia and interaction. In: McNeill, David (ed.): *Language and gesture: window into thought and action*. Cambridge, Cambridge University Press, 84–98.
- Goral, Mira – Kempler, Daniel 2009. Training verb production in communicative context: Evidence from a person with chronic non-fluent aphasia. *Aphasiology* 23. 1383–1397.
- Gotts, Stephen J. – Incisa della Rocchetta, Antonio – Cipolotti, Lisa 2002. Mechanisms underlying perseveration in aphasia: evidence from a single case study. *Neuropsychologia* 40. 12: 1930–1947.
- Gósy Mária 2002. A megakadásjelenségek eredete a spontán beszéd tervezési folyamatában. *Magyar Nyelvőr* 126. 192–203.
- Gósy Mária 2004. A spontán beszéd megakadásainak hallás alapú gyűjteménye. Nyelvbtlás-korpusz. *Beszéd kutatás 2004* 19–186. (A korpusz további kiegészítései: *Beszéd kutatás 2005*: 145–173; *2006*: 231–247; és *2007*: 187–198)
- Gósy Mária – Markó Alexandra 2006. Szegmentumsorok hibás kivitelezése a beszédprodukcióban. *Magyar Nyelvőr* 130. 2: 198–214.
- Gósy Mária 2005. *Pszicholingvisztika*. Budapest, Osiris.
- Grady, Joseph 2005. Image schemas and perception: Refining a definition In: Hampe, Beate – Grady, Joseph (szerk.): *From perception to meaning: image schemas in cognitive linguistics*. Berlin/New York, Mouton de Gruyter, 35–56.
- Grice, Paul 2001. A társalgás logikája. In: Pléh Csaba – Siklaki István – Terestyéni Tamás (szerk.): *Nyelv – kommunikáció – cselekvés*. Budapest, Osiris. 213–228.
- Gulyás Balázs 2003. Funkcionális képkalkotó eljárások a kognitív idegtudományokban. In: Pléh Cs. – Kovács Gy. – Gulyás B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 103–125.
- Gulyás Balázs – Mórocz István 2008. Funkcionális képkalkotó eljárások. In: Bende István – Kállai János – Karádi Kázmér – Racsmany Mihály (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Budapest, Medicina, 45–68.
- Hampe, Beate – Grady, Joseph (eds.) 2005. *From perception to meaning: image schemas in cognitive linguistics*. Berlin/New York, Mouton de Gruyter.
- Hegyí Ágnes 1995. *Afáziaterápiák. Javaslat az afázia kognitív nyelvi terápiájára*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.

- Hegy Ágnes 1998. Miért kognitív a nyelvi terápia? *Beszédgyógyítás* 3. 19–29.
- Helm-Estabrooks, Nancy – Emery, Patricia – Albert, Martin L. 1987. Treatment of aphasic perseveration (TAP) Program. A new approaches to aphasia therapy. *Archives of Neurology* 44. 12: 1253–1255.
- Helm-Estabrooks, Nancy – Ramage, Amy – Bayles, Kathryn, A. – Cruz, Robyn 1998. Perseverative behaviour in fluent and non-fluent aphasic adults. *Aphasiology* 12. 7–8: 689–698.
- Herman József – Szentesi Szépe Judit 1995. Az afáziakutatás nyelvészeti perspektívái. *Általános Nyelvészeti Tanulmányok XVIII.* 77–90.
- Herrmann, Manfred 1991. Nonverbale Kommunikation bei Aphasie. In: Blanken, Gerhard (Hrsg.): *Einführung in die linguistische Aphasiologie: Theorie und Praxis*. Hochschulverlag, Freiburg, 349–380.
- Herrmann, Manfred – Reichle, Thomas – Lucius-Hoene, Gabriele – Wallesch, Claus – Johannsen-Horbach, Helga 1988. Nonverbal communication as a compensative strategy for severely nonfluent aphasics – a quantitative approach. *Brain and Language* 33. 1: 41–54.
- Hoffmann Ildikó 2001. Afáziás beszélők szótalálási sajátosságai. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 1. 2: 93–100.
- Hoffmann Ildikó 2007. *Nyelv, beszéd és demencia*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Hoffmann Ildikó – Németh Dezső 2006. *Fejezetek a neurolingvisztikából: Nyelvi patológiák és emlékezeti működés*. Szeged, JGYTF Kiadó.
- Hogrefe, Katharina – Goldenberg, Georg 2010. Aphasie und Gestik. In: Blanken, Gerhard – Ziegler, Wolfram (Hrsg.): *Klinische Linguistik und Phonetik*. Hochschulverlag, Aachen.
- Holland, Audrey L. 1999.² *Communicative abilities of daily living. (CADL-2) PRO-ED*.
- Hough, Monica Strauss 1993. Categorization in aphasia. Access and organization of goal-derived and common categories. *Aphasiology* 7. 4: 335–357.
- Howard, David – Patterson, Karalyn 1989. *Models for therapy. Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitation*. Lawrence Erlbaum.
- Hsiao, Esther Y. – Schwartz, Myrna F. – Schnur, Tatiana T. – Dell, Gary S. Temporal characteristics of semantic perseverations induced by blocked-cyclic picture naming. *Brain and Language* 108. 3: 133–144.
- Huber, W. – Springer, L. – Poeck, K. 2006. *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- Hugdahl, Kenneth 2000. Lateralization of cognitive processes in the brain. *Acta Psychologica* 105. 211–235.
- H. Tóth Imre – Vargha Miklós 1975. Adatok az afázia nyelvészeti kutatásainak tudománytörténetéhez. *Magyar Pszichológiai Szemle* 32. 5: 521–526.
- Ingram, John 2007. *Neurolinguistics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Ivaskó Livia 2002. Az afáziás nyelvhasználat sikertelenségének okairól. In: Racsmány Mihály – Kéri Szabolcs: *Architektúra és patológia a megismerésben*. Books In Print Kiadó, 40–50.
- Ivaskó Livia 2004. A pragmatikai kompetencia: nyelvelméleti érvek és neurolingvisztikai realitás. In: Ivaskó Livia (szerk.): *A kommunikáció útjai*. Budapest, Gondolat/MTA – ELTE Kommunikációelméleti Kutatócsoport, 181–196.
- Jakobson, Roman 1964. Towards a linguistic typology of aphasic impairments. In: de Rueck, A. V. S. – O'Connor, M. (eds.): *Disorders of language*. London, Churchill.
- Jakobson, Roman 1968. *Child language, aphasia and phonological universals*. The Hague, Mouton de Gruyter.
- Joanette, Yves 1989. *Discourse ability and brain damage*. Springer Verlag.

- Joanette, Yves – Champagne-Lavau, Maud – Kahlaoui, Karima – Ska, Bernadette 2007. The future of our knowledge about communication impairments following a right-hemisphere lesion. In: Ball, M. – Damico, J. (eds.): *Clinical Aphasiology*. New York, Psychology Press, 284–298.
- Justus, Timothy – Yang, Jennifer – Larsen, Jary – de Mornay Davies, Paul – Swick, Diane 2009. An event-related potential study of cross-modal morphological and phonological priming. *Journal of Neurolinguistics* 22. 6: 584–604.
- Kállai János 2008. A téri információ-feldolgozás neuropszichológiája. In: Kállai J. – Bende I. – Karádi K. – Racsmány M. (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Budapest, Medicina, 399–417.
- Kállai János – Bende István – Karádi Kázmér – Racsmány Mihály (szerk.) 2008. *Bevezetés a neuropszichológiába*. Budapest, Medicina.
- Kemmerer, David 2006. The semantics of space: Integrating linguistic typology and cognitive neuroscience. *Neuropsychologia* 44. 9: 1607–1621.
- Kemmerer, David – Eggleston, Alyson 2010. Nouns and verbs in the brain: implications of linguistic typology for cognitive neuroscience. *Lingua* 120. 12: 2686–2690.
- Kendon, Adam 2004. *Gesture: visible action as utterance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Kertész András 1979. *Aphasia and associated disorders. Taxonomy, localization and recovery*. New York, Grune-Stratton.
- Kertész András 1994. *Localization and neuroimaging in neuropsychology*. San Diego, Academic Press.
- Kertész András 2003. Az afázia rendszertana. In: Pléh Cs. – Kovács Gy. – Gulyás B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 585–598.
- Kéri Szabolcs – Antal Andrea 2001. A komplex vizuális környezet kategorizációjának neurofiziológiai mechanizmusai. In: Racsmány Mihály – Pléh Csaba (szerk.): *Az elme sérülései. Kognitív neuropszichológiai tanulmányok*. Budapest, Akadémiai, 461–474.
- Kéri Szabolcs – Gulyás Balázs 2003. Lokalizáció és lézióanalízis a kognitív idegtudományokban. In: Pléh Cs. – Kovács Gy. – Gulyás B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 67–80.
- Kiefer Ferenc 2000. *Jelentéelmélet*. Budapest, Corvina.
- Kimura, Doreen 1993. *Neuromotor mechanisms in human communication*. Oxford, Oxford University Press.
- Kimura, Doreen [én.] An alternative to the Broca/Wernicke hypothesis of speech representation in the brain. URL: <http://www.sfu.ca/~dkimura> (utolsó letöltés: 2009. 10. 14.) (kézirat)
- Klatt, Heinz-Joachim 1978. *Psycholinguistik der Aphasie*. Frankfurt a. M., Peter Lang.
- Klix, Friedhart – Hoffmann, J. A. (eds.) 1980. *Cognition and Memory*. Amsterdam: Elsevier.
- Koziol, Leonard – Ely Budding, Deborah 2009. *Subcortical structures and cognition. Implications for Neuropsychological assessment*. New York, Springer.
- Krasznárné Erdős Felícia 2009. Afázia-terápia a 20. és 21. század határán. *Fejlesztő Pedagógia* 20. 2. 47–49.
- Krasznárné Erdős Felícia – Feketéné Gacsó Mária 2005. Az afáziás betegek vizsgálata, dokumentációja. In: Uő. (szerk.): *Tanulmányok az afázia témaköréből*. Budapest, Eötvös Kiadó, 33–39.
- Krug, Manfred G. 2001. Frequency, iconicity, categorization: Evidence from emerging modals. In: Bybee, Joan – Hopper, Paul (eds.): *Frequency and the emergence of linguistic structure*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 309–336.
- Laczkó Krisztina 2001. Névmás és referencia. *Magyar Nyelvőr* 125. 102–107.

- Laczkó Krisztina 2006. *A magyar névmási rendszer – nyelvtan és funkció*. MartinOpitz Kiadó, Budapest.
- Laczkó Krisztina 2008. A mutató névmási deixisről. *Általános Nyelvészeti Tanulmányok* XXII. 309–347.
- Laczkó Krisztina 2009. Emez emitt, amaz amott: pontosan hol is? In: Keszler Borbála – Tátrai Szilárd (szerk.): *Diskurzus a grammatikában – Grammatika a diskurzusban*. Budapest, Tinta Kiadó, 234–242.
- Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd 2012. Személyek és/vagy dolgok. A harmadik személyű mutató névmási deixis a magyarban. In: Tolcsvai Nagy Gábor – Tátrai Szilárd (szerk.): *Konstrukció és jelentés*. Komárom, Eötvös Loránd Tudományegyetem, 231–257.
- Ladányi Mária – Tolcsvai Nagy Gábor 2008. Funkcionális kognitív nyelvészet. *Általános Nyelvészeti Tanulmányok* XXII. 17–58.
- Lakoff, George 1987. *Woman, fire, and dangerous things. What categories reveal about the mind*. Chicago, University of Chicago Press.
- Lakoff, George – Dodge, Ellen 2005. Image schemas: From linguistic analysis to neural grounding. In: Hampe, Beate – Grady, Joseph (szerk.): *From perception to meaning: image schemas in cognitive linguistics*. Berlin/New York, Mouton de Gruyter, 57–92.
- Langacker, Ronald W. 1987a. Nouns and verbs. *Language* 63. 1: 53–94.
- Langacker, Ronald W. 1987b. *Foundations of cognitive grammar*. Stanford, Stanford University Press.
- Langacker, Ronald W. 2005. *Investigations in Cognitive Grammar*. Berlin/New York, Mouton de Gruyter.
- Langacker, Ronald W. 2008. *Cognitive grammar. A basic introduction*. Oxford, Oxford University Press.
- LaPointe, Leonard 2003. Functional and pragmatic directions in aphasia therapy. In: Papahtanasiou, I. – Bleser, R. (eds.) 2003. *The sciences of aphasia: From therapy to theory*. Pergamon, 163–173.
- LaPointe, Leonard 2005. *Aphasia and related neurogenic language disorders*. Georg Thieme Verlag.
- Lecours, André R. – Basso, Anna – Moraschini, Sylvia – Nespoulous, Jean-Luc 1984. Where is the speech area and who has seen it? In: Caplan, D. – Lecours, A. R. – Smith, A. (eds.): *Biological perspectives on language*. 220–246.
- Leech, Geoffrey 1983. *Principles of pragmatics*. London, Longman.
- Lenz, Friedrich (ed.) 2003. *Deictic conceptualisation of space, time and person*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Lesser, Ruth 1993. Aphasia therapy. In: Blanken, Gerhard (ed.): *Linguistic disorders and pathologies: An international handbook*. Walter de Gruyter, 352–371.
- Lesser, Ruth – Algar, Louise 1995. Towards combining the cognitive neuropsychological and the pragmatic in aphasia therapy. *Neuropsychological Rehabilitation* 5. 1–2: 67–92.
- Lesser, Ruth – Milroy, Lesley 1993. *Linguistics and aphasia. Psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention*. London, Longman.
- Levelt, Willem J. M. 1989. *Speaking. From intention to articulation*. Cambridge, Bradford Book.
- Levinson, Stephen C. – Wilkins, David P. 2006. The background to the study of the language of space. In: Levinson, S. C. – Wilkins, D. P. (eds.): *Grammar of Space: Explorations in Cognitive Diversity*. Cambridge, Cambridge University Press, 1–23.
- Løevenbruck, Helene – Baciú, Monica – Segebarth, Christoph – Abry, Christian 2005. The left inferior frontal gyrus under focus: an fMRI study of the production of deixis via syntactic extraction and prosodic focus. *Journal of Neurolinguistics* 18. 3: 237–258.

- Lukács Ágnes – Pléh Csaba 2003. A nyelv idegrendszeri reprezentációja. In: Pléh Cs. – Kéri Sz. – Gulyás B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 528–560.
- Lupyan, Gary – Mirman, Daniel 2013. Linking language and categorization. Evidence from aphasia. *Cortex* 49. 5: 1187–1194.
- Lurija, Alekszandr R. 1975. *Válogatott tanulmányok*. Budapest, Gondolat.
- Lutz, Luise 2004. *Das Schweigen verstehen: über Aphasie*. Springer.
- Lyons, John 1977. *Semantics*. 2. Cambridge, Cambridge University Press, 636–724.
- Mahon, Bradford Z. – Caramazza, Alfonso 2006. Category-specific knowledge. In: Brown, Keith et al. (eds.): *Encyclopedia of language and linguistics*. Elsevier, 253–259.
- March, Evrim G. – Pattison, Philippa – Wales, Roger 2009. The role of cognition in context-dependent language use: Evidence from Alzheimer's disease. *Journal of Neurolinguistics* 22. 18–36.
- Marshall, Jane C. 2000. Aphasia therapy: past, present and future. *Journal of Neurolinguistics* 13. 227–229.
- Mayer, Jamie F. – Murray, Laura L. 2012. Measuring working memory deficit in aphasia. *Journal of Communication Disorders* 45. 5: 325–339.
- McNeill, David 1996. *Hand and mind*. Chicago, University of Chicago Press.
- McNeill, David 2005. *Gesture and thought*. Chicago, University of Chicago Press.
- Mesulam, Marsel 2000. *Principles of behavioral and cognitive neurology*. Oxford, Oxford University Press.
- Mildner, Vesna 2008. *The cognitive neuroscience of human communication*. Lawrence Erlbaum.
- Monetta, Laura – Tremblay, Tania – Joanette, Yves 2003. Semantic processing of words, cognitive resources and N400: An event-related potentials study. *Brain and Cognition* 53. 2: 327–330.
- Morton, John 1984. Brain-based and non-brain-based models of language. In: Caplan, D. – Lecours, A. R. (eds.): *Biological perspectives on language*. 40–64.
- Muñoz, Maria L. 2011. Reducing aphasic perseverations. A case study. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders* 21. 176–183.
- Négyessy László 2003. Munkamemória a prefrontális kéregben. In: Pléh Csaba – Kovács Gyula – Gulyás Balázs (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 436–458.
- Németh Dezső 2006. *A nyelvi folyamatok és az emlékezeti rendszerek kapcsolata*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Nickels, Lyndsey 2008. The hypothesis testing approach to the assessment of language. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of neuroscience of language*. San Diego – London, Academic Press, 13–22.
- Oakley, Todd 2007. Image schemas. In: Geeraerts, D. – Cuyckens, H. (szerk.) 2010. *The Oxford Handbook of Cognitive Linguistics*. Oxford: Oxford University Press, 214–235.
- Olness, Gloria Streit – Ulatowska, Hanna 2011. Personal narratives in aphasia: Coherence in the context of use. *Aphasiology* 25. 11: 1393–1413.
- Osmanné Sági Judit 1991. Az afázia klasszifikációja és diagnosztikája. Az osztályozás alapjai és a Western Aphasia Battery felépítése. *Ideggyógyászati Szemle* 44. 8. 339–362.
- Osmanné Sági Judit 1995. A belső lexikonhoz való hozzáférés módjai és zavarai afáziás betegeknél. *Általános Nyelvészeti Tanulmányok XVIII.* 147–164.
- Osmanné Sági Judit 1997. *Az afáziák neurolingvisztikai alapjai*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Osmanné Sági Judit 1999. A szókezdő szókieváltó hatásának vizsgálata afáziás betegeknél. *Beszéd kutatás '99* 125–137.

- Osmanné Sági Judit 2005. A beszédmegértés neuropszichológiai vizsgálata afáziás betegeknél. In: Krasznárné Erdős Felícia (szerk.): *Tanulmányok az afázia témaköréből*. Budapest, Eötvös Kiadó, 40–51.
- Osmanné Sági Judit – Erdélyi Alisza 1982. *Mi a neuropszichológia?* Budapest, Magvető.
- Osmanné Sági Judit – Verseghi Anna 1984. Megjegyzések az afáziás betegek személyiségvizsgálatának buktatóiról egy esettanulmány apropóján. *Magyar Pszichológiai Szemle* 414–418.
- Papagno, Constanza – Tabossi, Patrizia – Colombo, Maria R. – Zampetti, Patrizia 2004. Idiom comprehension in aphasic patients. *Brain and Language* 89. 1: 226–234.
- Papahtanasiou, Ilias 2003. Neuroanatomical substrates of recovery of function in aphasia: techniques and evidence from neuropsychology. In: Papahtanasiou, I. – Bleser, R. (eds.): *The sciences of aphasia: From therapy to theory*. Pergamon, 47–64.
- Papahtanasiou, Ilias – Bleser, Ria (eds.) 2003. *The sciences of aphasia: From therapy to theory*. Pergamon.
- Paradis, Michael 1998a. The other side of language: Pragmatic competence. *Journal of Neurolinguistics* 11. 1–10.
- Paradis, Michael (ed.) 1998b. *Pragmatics in neurogenic communication disorders*. Pergamon.
- Paradis, Michael 2004. *A neurolinguistic theory of bilingualism*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Pataky Ilona 2003. Neuropszichológiai rehabilitáció a pszichiátriában – kognitív rehabilitáció. In: Füredi János – Németh Attila – Tariska Péter (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest, Medicina, 649–654.
- Pataky Ilona 2008. Terápia és rehabilitáció a neuropszichológia területén. In: Kállai J. – Bende I. – Karádi K. – Racsmány M. (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába*. Budapest, Medicina, 523–546.
- Pataky Ilona – Kiss Katalin 1999. A kognitív rehabilitáció alapjai. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 4. 100–104.
- Pataky Ilona – Verseghi Anna 2005. A neuropszichológiai ellátás szakmai protokollja. In: Badgy E. – Túry F. (szerk.): *A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja*. Budapest, Grafológiai Intézet, 46–55.
- Perkins, Michael 1998. Is pragmatics epiphenomenal? Evidence from communication disorders. *Journal of Pragmatics* 29. 3: 291–311.
- Perkins, Michael 2005. Clinical pragmatics. An emergentist perspective. *Clinical Linguistics and Phonetics* 19. 363–366.
- Perkins, Michael – Lesser, Ruth 1993. Pragmatics applied to aphasia rehabilitation. In: Paradis, M. (ed.): *Foundations of aphasia rehabilitation*. Pergamon, Oxford, 211–246.
- Péter Ágnes 1991. Neurológia, neuropszichológia. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Pierce, R. S. and Beekman, L. A. 1985. Effects of linguistic and extralinguistic context on semantic and syntactic processing in aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 28. 250–254.
- Pléh Csaba 1986. *A történet szerkezete és az emlékezeti sémák*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pléh Csaba 1998. *A mondatmegértés a magyar nyelvben*. Budapest, Osiris.
- Pléh Csaba – Lukács Ágnes 2003. Nyelv, evolúció és agy. In: Pléh Cs. – Kéri Sz. – Gulyás B. (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Budapest, Osiris, 484–505.
- Pulvermüller, Friedemann 2002. *The neuroscience of language. On brain circuits of words and serial order*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pulvermüller, Friedemann – Lutzenberger, Werner – Preissl, Hubert 1999. Nouns and verbs in the intact brain: evidence from event-related potentials and high-frequency cortical responses. *Cerebral Cortex* 9. 5: 497–506.

- Racsmány Mihály 2004. *A munkamemória szerepe a megismerésben*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Racsmány Mihály 2001. A munkamemória működése és patológiája. *Magyar Tudomány* 46. 10: 1193–1201.
- Reboul, Anne – Moeschler, Jacques 2005. *A társalgás cselei. Bevezetés a pragmatikába*. Budapest, Osiris.
- Reinvang, Ivar 1985. *Aphasia and brain organization*. New York, Plenum Press.
- Rohrer, Tim 2005. Image schemata in the brain. In: Hampe, B. – Grady, J. (szerk.): *From perception to meaning: image schemas in cognitive linguistics*. Berlin/New York, Mouton de Gruyter 165–198.
- de Roo, Esterella – Kolk, Herman – Hofstede, Ben 2002. The Ellipsis Hypothesis: syntactically reduced speech of Broca's aphasics and control speakers. *Cortex* 38. 5: 846–848.
- Rosch, Eleanor 1978. *Cognition and categorization*. Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum.
- Rosch, Eleanor 2009. Categorization. In: Sandra, D. – Östman, J. O. – Verschueren, J. (eds.): *Cognition and pragmatics*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 41–53.
- Salmelin, Riitta 2006. Clinical neuropsychology of language: The MEG approach. *Clinical Neuropsychology* 118. 237–254.
- Santo Pietro, Mary Jo – Riggio, Seymour 1986. Patterns of oral-verbal perseveration in aphasia. *Brain and Language* 29. 1: 1–17.
- Sarno, Martha T. (ed.) 1998. *Acquired aphasia*. San Diego/London, Academic Press.
- Scharp Victoria L. – Tompkins Connie A. – Iverson, Jana M. 2007. Gesture and aphasia: helping hands? *Aphasiology* 21. 6–8. 717–725.
- Schmid, Hans-Jörg 2007. Entrenchment, salience and basic level. In: Geeraerts, D. – Cuyckens, H. (szerk.) 2010. *The Oxford Handbook of Cognitive Linguistics*. Oxford, Oxford University Press, 117–138.
- Schnelle, Petra 2001. *Zurück zur Sprache – zurück ins Leben. Bilder und Kommunikation und Sprachtherapie bei Aphasie*. Urban und Fischer.
- Schumacher, Petra B. 2012. Context in neurolinguistics. Time-course data from electrophysiology. In: Finkbeiner, R. – Meibauer, J. – Schumacher, P. (eds.): *What is a context? Linguistic approaches and challenges*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 33–50.
- Seewald, Barbara 1998. *Aphasie und Natürlichkeit. Abbauhierarchien im Bereich der Grammatik*. Opladen/Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Segalowitz, Sidney J. – Chevalier, Helene 1998. Event-Related Potentia (ERP) research in neurolinguistics. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of neurolinguistics*. San Diego/ London, Academic Press, 96–125.
- Shapiro, Kevin – Caramazza, Alfonso 2004. Grammatical processing of nouns and verbs in left frontal cortex? *Neuropsychologia* 41. 9: 1189–1198.
- Shapiro, Kevin – Hillis, Argye E. – Caramazza, Alfonso 2007. The semantic representation of nouns and verbs. In: Hart, John – Kraut, Michael (szerk.) 2007. *Neural Basis of semantic memory*. Cambridge: Cambridge University Press, 205–218.
- Sherratt, Sue – Bryan, Karen 2012. Discourse production after right brain damage: Gaining a comprehensive picture using a multi-level processing model. *Journal of Neurolinguistics* 25. 213–239.
- Sidnell, Jack 2009. Deixis. In: Verschueren, Jef – Östman, Jan-Ola (eds.): *Key notions for pragmatics*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 114–138.
- Sinha C. H. – Thorseng, L. A. – Hayashi, M. – Plunkett, K. 1994. Comparative spatial semantics and language acquisition: Evidence from Danish, English, Japanese. *Journal of Semantics* 11, 253–287.

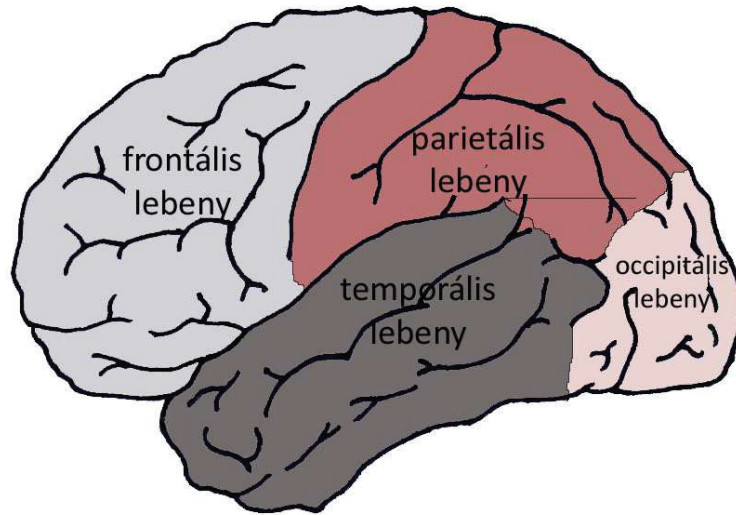
- Small, Steven L. – Nusbaum, Howard C. 2004. On the neurobiological investigation of language understanding in context. *Brain and Language* 89. 2: 300–311.
- Snyder, Bob 2001. *Music and memory. An introduction*. Cambridge MA, The MIT Press.
- Sperber, Dan – Wilson, Deirdre 1995. Kölcsönös tudás és relevancia a megértés elméletében. In: Siklaki István (szerk.): *A szóbeli befolyásolás alapjai I*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 195–218.
- Stark, Jacqueline 2007. A Review of classical accounts of verbal perseveration and their modern-day relevance. *Aphasiology* 21, 10/11, 928–959.
- Stark, Jacqueline 2012. *Verbal perseveration: A survey of the clinical aspects and ways for managing perseverative behavior – Verbális perszeveráció: a perszeveráció klinikai aspektusainak áttekintése és kezelési módjai*. Az Újabb lehetőségek és módszerek az afázia diagnosztikájában és terápiájában című MLSZSZ konferencia előadása. (Konferenciaelőadás)
- Stemmer, Brigitte – Whitaker, Harry (eds.) 1998. *Handbook of neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press.
- Stemmer, Brigitte – Whitaker, Harry (eds.) 2008. *Handbook of neuroscience of language*. San Diego/London, Academic Press.
- von Stutterheim, Christiane – Carroll, Mary – Klein, Wolfgang 2003. Two ways of construing complex temporal structures. In: Lenz, F. (ed.): *Deictic Conceptualisation of Space, Time and Person*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins, 97–134.
- Svindt Veronika 2012. A gesztikuláció szerepe és működése afáziás betegeknél. In: Parapatics Andrea (szerk.): *Doktoranduszok a nyelvtudomány útján*. Budapest, Eötvös Kiadó, 214–226.
- Szabó Edina 2007. Az afázia csoportterápiás kezelése. *Beszédgyógyítás* 18. 1: 29–57.
- Szépe Judit 2001. Hangtévesztések szabályosságai afáziában. Szegmentumválasztó műveletek magyar anyanyelvű afáziások parafáziáiban. *Magyar Nyelv* XCVII. 3: 333–338.
- Szirmai Imre et al. 2001. Subcorticalis aphasia. *Ideggyógyászati Szemle* 54. 13–23.
- Szirmai Imre (szerk.) 2005. *Neurológia*. Budapest, Medicina.
- Szirmai Imre 2010. Mi köze van az aphasiának a memória- és viselkedészavarokhoz? *Ideggyógyászati Szemle* 63. 335–339.
- Tallberg, Ing-Mari 2001. Deictic disturbances after right hemisphere stroke. *Journal of Pragmatics* 33. 8: 1309–1327.
- Talmy, Leonard 2007. Attention phenomena. In: Geeraerts, D. – Cuyckens, H. (szerk.) 2010. *The Oxford Handbook of Cognitive Linguistics*. Oxford, Oxford University Press, 264–293.
- Tanaka, Shin 2011. *Deixis und Anaphorik. Referenzstrategien in Text, Satz und Wort*. Walter de Gruyter.
- Taylor, John R. 1991. *Linguistic categorization*. Oxford, Clarendon Press.
- Tátrai Szilárd 2004. A kontextus fogalmáról. *Magyar Nyelvőr* 128. 4: 479–494.
- Tátrai Szilárd 2010. Áttekintés a deixisről. *Magyar Nyelvőr* 134. 2: 211–233.
- Tátrai Szilárd 2011. *Bevezetés a pragmatikába*. Budapest, Tinta Kiadó.
- Tesak, Jürgen – Code, Chris 2008. *Milestones in the history of aphasia. Theories and protagonists*. Psychology Press.
- Thibault, Paul 2004. *Brain, mind and the signifying body*. Continuum.
- Tolcsvai Nagy Gábor 1999. Térjelölés a magyar nyelvben. *Magyar Nyelv* 95. 154–165.
- Tolcsvai Nagy Gábor 2001. *A magyar nyelv szövegtana*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Tolcsvai Nagy Gábor 2006. *A nézőpont szerepe a mondatban*. Magyar Tudományos Akadémia. I. Osztály. Archivum. Doktori előadások. <http://www.mta.hu/nytud/>
- Tolcsvai Nagy Gábor 2011. *Kognitív szemantika*. Nyitra, Konstantin Filozófus Egyetem.
- Tolcsvai Nagy Gábor 2012. *Az idő kifejezése a nyelvben*. Kézirat.

- Tomasello, Michael 2002. *Gondolkodás és kultúra*. Budapest, Osiris.
- Tuggy, David 2007. Schematicity. In: Geeraerts, D. – Cuyckens, H. (szerk.) 2010. *The Oxford Handbook of Cognitive Linguistics*. Oxford, Oxford University Press, 82–116.
- Turgeon, Yves – Macoir, Joel 2008. Classical and contemporary assessment of aphasia and acquired disorders of language. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of neuroscience of language*. San Diego/London, Academic Press, 3–12.
- Ullman, Michael T. 2008. The role of memory systems in disorders of language. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of neuroscience of language*. San Diego/London, Academic Press, 189–198.
- Van der Linden, Martial – Poncelet, Martine 1998. The role of working memory in language and communication disorders. In: Stemmer, Brigitte – Whitaker, Harry (eds.): *Handbook of neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 289–300.
- Vater, Heinz 1991. *Einführung in die Raum-Linguistik*. Hürth-Efferen, Gabel Verlag.
- Verseghi Anna 1997. Az afázia rehabilitációjának módszerei. In: Osmanné Sági Judit: *Az afáziák neurolingvisztikai alapjai*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 87–92.
- Vilkki, Juhani 1989. Differential perseverations in verbal retrieval related to anterior and posterior left hemisphere lesions. *Brain and Language* 36. 4: 543–554.
- Virtue, Sandra – van den Broek, Paul 2005. Hemispheric processing of anaphoric inferences. The activation of multiple antecedents. *Brain and Language* 93. 3: 327–337.
- Voyer, Daniel 2003. Word frequency and laterality effects in lexical decision: Right hemisphere mechanisms. *Brain and Language* 87. 3: 421–431.
- Warrington, Elizabeth K. – Shallice, Tim 1984. Category specific semantic impairments. *Brain* 107. 829–854.
- Whitaker, Harry A. 1971. *On the representation of language in the human brain: Problems in the neurology of language and the linguistic analysis of aphasia*. Alberta, Linguistic Research.
- Whitaker, Harry A. 1998. Neurolinguistics from the middle ages to the pre-modern era: historical vignettes. In: Stemmer, B. – Whitaker, H. (eds.): *Handbook of Neurolinguistics*. San Diego/London, Academic Press, 27–57.
- Whitaker, Harry A. (ed.) 2010. *Concise encyclopedia of brain and language*. Elsevier.
- Whiteny, Carin – Jefferies, Elizabeth – Kircher, Tilo 2011. Heterogeneity of the left temporal lobe in semantic representation and control: Priming multiple versus single meanings of ambiguous words. *Cerebral Cortex* 21. 831–844.
- Whithworth, Anne 2005. *A Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia: A Clinician's Guide*. Psychology Press.
- Wilcox, Jeanne M. – Davis, Albyn G. – Leonard, Laurence B. 1978. Aphasics' comprehension of contextually conveyed meaning. *Brain and Language* 6. 3: 362–377.
- Wong, Patrick C. – Parsons, Lawrence M. – Martinez, Michael – Diehl, Randy L. 2004. The role of the insular cortex in pitch pattern perception: the effect of linguistic context. *Journal of Neuroscience* 24. 9153–9160.
- Worrall, Linda E. – Frattali, Carol M. (eds.) 2000. *Neurogenic communication disorders. A functional approach*. New York/Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- Wright, Heather H. – Fergadiotis, Gerasimos 2012. Conceptualizing and measuring working memory and its relationship to aphasia. *Aphasiology* 26. 3–4: 258–278.
- Ziem, Alexander 2008. *Frames und sprachliches Wissen: Kognitive Aspekte der semantischen Kompetenz*. Berlin/New York, Walter de Gruyter.
- Zlatev, Jordan 2007. Spatial semantics. In: Geeraerts, D. – Cuyckens, H. (eds.): *The Oxford handbook of cognitive linguistics*. Oxford, Oxford University Press, 318–350.

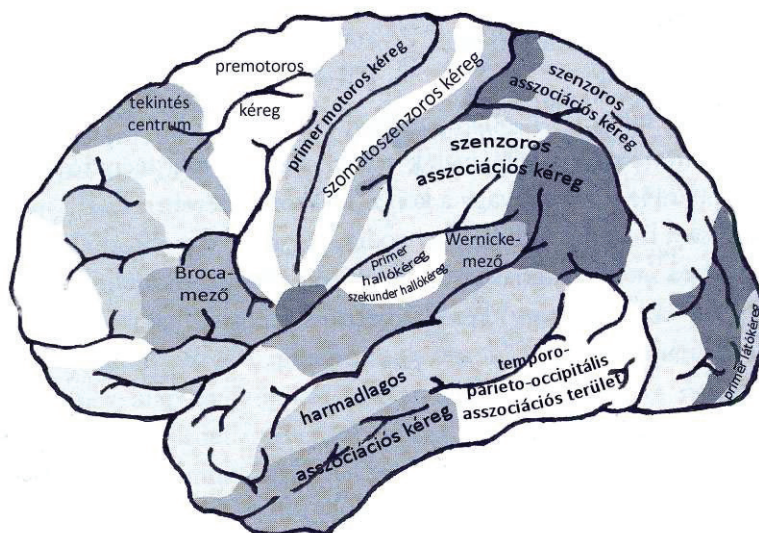
[1] <http://szepej.freeweb.hu/szepejuditpublikaciosjegyzek.html>

VII. Mellékletek

1. számú melléklet: Az emberi agy vázlatos szerkezeti ábrái²²



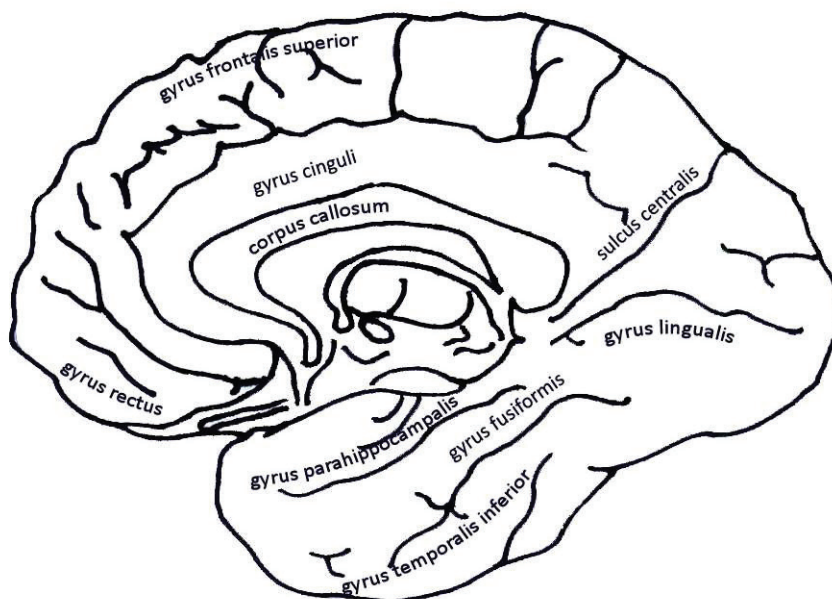
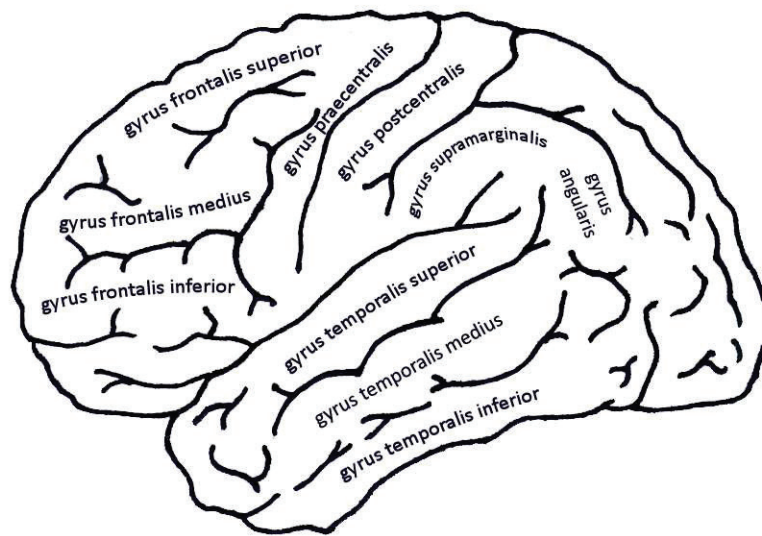
1. ábra: Az emberi agy lebenyei²³



2. ábra: A kéregmezők főbb funkciói

²² Az ábrák Szirmai 2006 és Péter 1991 alapján készültek.

²³ Frontális lebeny = homloklebeny; Parietális lebeny = fali lebeny; Temporális lebeny = halántéklebeny; Occipitális lebeny = nyakszirti lebeny.



3. ábra: Az agy főbb tekervényei és barázdái

2. számú melléklet: A videófelvételek vázlatos áttekintő táblázata

Részlet	Jelenet leírása	Téma	Spontán, félspontán vagy irányított ²⁴	Résztevők
1.	Kötetlen spontán beszélgetés, L1 a beszélgetés közepén érkezik, de a beszélgetés tovább folytatódik; R. a munkájáról beszél	hétköznapi élet, munka	spontán	R., Zs., C., V., logopédus (L1),
2.	A beszélgetést T1 vezeti, a téma a tornázás: hogyan tudják rávenni magukat a gyakorlásra. A beszélgetéshez minden résztvevő hozzászól. Különbőle tornamódszerekről beszélgetnek (pl. otthoni gyakorlás, futás, vízitorna).	torna	félspontán	R., Zs., M., C., K., V., terapeuta (T1), logopédusok (L1, L2), hozzátartozók és további 2 afáziás személy
3.	V. betegségének járulékos tüneteiről, elsősorban a látótérkiesésről beszél, a többiek hozzászólnak, kérdezik. K. szintén betegsége járulékos tüneteiről, olvasási nehézségéről beszél. Ezután elmondja, milyen beszédjavító módszereket javasolt számára a neurológusa a kórházban.	betegség	spontán	R., Zs., M., C., K., V., T1, logopédusok (L1, L2), hozzátartozók és további 2 afáziás személy
4.	C. és K. arról beszélnek, milyen nehéz volt újratanulniuk a konyhai teendőket, a főzést, evést.	a hétköznapi élet nehézségei	spontán	R., Zs., M., C., K., V., T1, logopédusok (L1, L2), hozzátartozók és további 2 afáziás személy
5.	K. megérkezik és elpanaszolja, hogy tönkrement a mosogatógép, erről indul beszélgetés.	hétköznapi élet,	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy, hozzátartozók
6.	A résztvevők a táblára írt városnevekkel játszanak. Minden afáziás résztvevőre sor kerül.	ország-város játék	irányított	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy, hozzátartozók
7.	A résztvevőknek cédulára írt, elkezdett, de be nem fejezett szólásokat, közmondásokat kell szóban hangosan befejezni.	szólások, közmondások	irányított	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy, hozzátartozók
8.	Zs. kezdeményez beszélgetést arról, hogy számára a szólások befejezése sokkal könnyebb, mint a nevek megjegyzése. Erről kezdenek beszélgetni, a társalgásba a többiek is bekapcsolódnak.	szólások, közmondások, személynevek	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy, hozzátartozók
9.	A résztvevők arról beszélgetnek, hogyan befolyásolja a betegséghez való hozzáállás az egyéni fejlődést. Az afáziástársak támogatása és a	betegség, betegségtudat	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy, hozzátartozók

²⁴ Spontán: Kötetlen, terapeuták által nem irányított beszélgetés többnyire hétköznapi témában.
Félspontán: A terapeuta kijelöli a témát, amelyhez mindenki spontán hozzászólhat.
Irányított: Logopédusok által irányított feladatmegoldások.

	terápiás csoport szerepe is előkerül. Előkerül a család hozzáállása mint konfliktusforrás.			
10.	Az egyik résztvevő saját kertjéből szedett gyümölcsöt hoz, azt eszik, és közben gyümölcsökről, piacra járásról, szüreti élményekről beszélgetnek.	gyümölcserés, szüret, szüreti élmények, befőzés	spontán	R., Zs., V., C., K., T1, T2, további 2 afáziás személy, hozzátartozók
11.	A telefonálás nehézségeiről beszélgetnek, valamint arról, hogy egymást is gyakran föl szokták hívni.	telefonálás	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy
12.	Beszélgetés arról, hogy néhány afáziás azért nem jön az összejövetelekre, mert nehezen tudja elfogadni saját betegségét. Mindenki elmondja, ő maga hogyan jutott el a betegsége elfogadásáig.	betegségtudat, elfogadás	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, L2, további 2 afáziás személy
13.	Beszélgetés a közvetlen hozzátartozókkal való konfliktusok okairól, mibenlétéről, és a lehetséges megoldásokról.	család, elfogadás	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, T1, T2, további 2 afáziás személy
14.	Beszélgetés arról, hogy a betegség kialakulása óta ki milyen szokásokat, szófordulatokat vett fel, amelyek korábban nem jellemezték.	saját állapot, beszéd	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, T1, T2, további 2 afáziás személy
15.	A hibák, a rossz beszédprodukció és beszédmegértés kellemetlen következményei, a betegség lelki oldala, kisebbségi érzések.	saját állapot, beszéd	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, T1, T2, további 2 afáziás személy
16.	A résztvevők kamasz és kamaszodó gyerekeiről, a gyereknevelés nehézségeiről, felmerülő problémákról. Szülőkkel és testvérekkel való kapcsolat.	gyereknevelés	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, T1, T2, további 2 afáziás személy
17.	Hogyan lehet féloldali végtagbénulással élni és megoldani a mindennapokat (pl. cipőfűzés), ellátni a háztartást (főzés, mosogatás, takarítás, bevásárlás).	hétköznapi élet nehézségei	spontán	R., Zs., V., C., K., L1, T1, T2, további 2 afáziás személy
18.	Beszélgetés arról, hogy ki mennyit fejlődött a megbetegedése óta.	betegség	spontán	C., K., Zs., R., V., további 3 afáziás személy, T2
19.	Spontán párbeszéd hétköznapi témákban, amelyek párhuzamosan zajlanak az asztal körül ülő résztvevők között	hétköznapi élet	spontán	C., K., Zs., R., V., további 3 afáziás személy, T2
20.	A résztvevők elmesélik, hogyan, milyen körülmények között történt a megbetegedésük, hogyan kerültek kórházba és ott milyen ellátást kaptak. A terapeuta elmondja, mi történik ilyenkor az agyban, és hogyan zajlik az agyi funkciók újrendeződése.	betegség	spontán	C., K., Zs., R., V., további 3 afáziás személy, T2
21.	Alkoholizmus, hajléktalanság kerül szóba, erről folyik a beszélgetés.	alkoholizmus, hajléktalanok	spontán	K., C., Zs., R., V., T1, T2, további 4 afáziás személy

22.	Beszélgetés arról, ki hogyan oldja meg a hivatalos ügyei intézését (pl. Munkaügyi Hivatal, lakásvásárlás és –eladás). A beszélgetést T1 vezeti.	munka, hivatalos ügyek intézése	félspontán	K., C., Zs., R., V., M., T1, T2, további 4 afáziás személy
23.	Az afázia járulékos tüneteinek (látótérkiesés, szem romlása, mozgásproblémák, koordinációs és tájékozódási zavarok) kezelése, az egyéni megoldási stratégiák	rehabilitáció	félspontán	M., C., Zs., R., V., T2, logopédusok, hozzátartozók, további 2 afáziás személy
24.	Ki hogyan került az Egyesület foglalkozásaira, honnan hallott róla	Egyesület	spontán	M., C., Zs., R., V., T2, logopédusok, hozzátartozók, további 2 afáziás személy
25.	V. panaszodik, hogy már régen történt a stroke-ja, de még mindig nagyon rossz állapotban van. A többiek erre reflektálnak, vigasztalják	V. betegsége	spontán	M., C., Zs., R., V., T2, logopédusok, hozzátartozók, további 2 afáziás személy
26.	V. meséli, hogy nehézségei vannak a számokkal, ez utazás (pl. buszra várás) közben nagy nehézséget okoz neki. A többiek szintén elmesélik néhány tömegközlekedéssel kapcsolatos élményüket.	tömegközlekedés, számolási nehézség	spontán	M., C., Zs., R., V., T2, hozzátartozók, további 3 afáziás személy
27.	K. elmondja, hogy nemrég olvasott el egy könyvet az agy működéséről és a stroke-ról. Ennek kapcsán beszámol arról, hogyan tanulta újra az értő olvasást.	olvasás	spontán	K., C., Zs., R., V., T2, logopédusok, hozzátartozók, további 3 afáziás személy
28.	M. dúdolni kezd egy népdalt, majd beszélgetés arról, hogy bár M. nem tud beszélni, milyen jól énekelte el a dalt.	éneklés	spontán	M., C., K., T1, R. V., hozzátartozók
29.	M. próbálja megértetni magát, a többiek találgatják, mit akar mondani, de végül feladja.	beszédprodukció	spontán	M., C., K., T1, R. V., logopédusok, hozzátartozók
30.	Ország-város játék az egyik logopédus vezetésével. A játékban minden jelenlévő afáziás részt vesz.	játék	irányított	Logopédus, V., Zs., R., C., további 2 afáziász személy
31.	R. beszámol arról, hogy kirándulni ment egyedül, elmeséli merre járt és milyen élményei voltak.	kirándulás	spontán	R., C., T2
32.	V. hosszú monológja után beszélgetés arról, hogy V. túl hosszan mondja el a véleményét, a többiek nehezen tudják követni és sokszor nem értik.	beszédértés, beszédprodukció	spontán	V., Zs., C., R., T1
33.	Nem sikerült bekapcsolni a videokamerát (nem látszik a kép, csak a hangot veszi fel), mindenki segít, spontán beszélgetés a témáról.	videókamera működése	spontán	Zs., C., R., K., további 2 afáziás, hozzátartozók
34.	T1 próbál segíteni V-nek a nevek és dolgok megnevezésében, V-nek nehezen megy, a többiek is segítenek.	megnevezés	félspontán	V., T1, T2, C., R., Zs., további 2 afáziás személy
35.	Beszélgetés arról, ki mire emlékszik	betegség, kórház	félspontán	V., T1, T2, C., R.,

	a műtétét követő kórházi napokról, hetekről			Zs., további 2 afáziás személy
36.	Az egyik afáziástársuk megbetegedéséről és gyógyulásának folyamatáról beszélgetnek.	betegség, gyógyulás	spontán	Zs., R., V., C., hozzátartozók, további 2 afáziás személy
37.	Zs. elmondja V-nek, hogy mennyire idegesíti őt V. beszéde: a sok, számára érthetetlen beszéd. T1 próbálja mederbe terelni az egyre ingerültebbé váló párbeszédet.	beszédprodukció	spontán	Zs., V., T1, C.
38.	Beszélgetés a családtagok hozzáállásáról, véleményéről afáziás hozzátartozóik állapotáról. Az afáziás személyek többnyire a családtagok meg nem értéséről számolnak be. A beszélgetést T1 vezeti.	család, betegséghez való hozzáállás	félspontán	T1, Zs., V., C., R., további afáziás személyek
39.	T1 beszélgetést kezdeményez arról, hogy az afáziás személyek hogyan és mivel bánthatják meg hozzátartozóikat; valamint hogyan kell újratanulni a családtagoknak és az afáziás személynek is az alkalmazkodást.	család, alkalmazkodás, elfogadás	félspontán	T1, T2, Zs., V., C., K., R., hozzátartozók, további 2 afáziás személy
40.	Autóvezetés a téma, ki tud autót vezetni a megbetegedése után, ki nem, kitől vették el a jogosítványát és kitől nem, mit gondol a kérdésről az afáziás személy családja.	autóvezetés	spontán	T1, T2, Zs., V., C., K., R., hozzátartozók, további 2 afáziás személy
41.	Ismerkedés, ki hol lakik, kinek mi a végzettsége, mivel foglalkozott a megbetegedése előtt	megbetegedés előtti élet	spontán	C., Zs., V., R., T1, további afáziás személyek, hozzátartozók
42.	R. elmeséli balesetének körülményeit, a többiek kérdezzetik.	R. balesete	spontán	R., Zs., C., további 2 afáziás személy, hozzátartozók
43.	Logopédus kérdezzeti a súlyos apraxiában (izmok – itt a beszédhez szükséges izmok – célzott működésének zavara) is szenvedő afáziás személyt megbetegedéséről. Ezután a többiek társukat kérdezzetik arról, hogyan oldja meg hétköznapijait egyedül.	megbetegedés	félspontán	logopédus, R., Zs., C., V., további afáziás személyek
44.	V. beszél megbetegedéséről, és arról, hogy rendkívül zavarja a féloldali látótérkiesés. A többiek saját tapasztalataikkal csatlakoznak hozzá.	látótérkiesés	spontán	V., K., C., R., Zs., további 2 afáziás személy, T1, logopédusok
45.	Beszélgetés a főzésről, ki hogyan és mit szokott főzni, hogyan tanulták újra a főzéshez szükséges ismereteket, kinek milyen kudarcai voltak, ki mennyit segít családtagjainak a háztartásban.	háztartás, főzés	spontán	V., K., C., R., Zs., további 2 afáziás személy, T1, logopédusok
46.	Beszélgetés arról, kinek hogyan állt legalább részben helyre a beszéde, mennyi ideig tartott, amíg a teljes	beszéd	félspontán	T1, T2, C., K., Zs., R., V., hozzátartozók,

	„némaságból” eljutottak egy bizonyos szintre.			további 2 afázias személy
47.	Afáziástársai faggatják M-et a mozgásáról, hogyan és mennyit gyakorol, milyen problémái vannak, tornázik-e.	torna, mozgásproblémák	spontán	T1, T2, C., K., Zs., R., V., hozzátartozók, további 2 afázias személy
48.	L2 kezét tornáztató gyakorlatokat mutat az afázias személyeknek, ezeket gyakorolják, az egyes feladatok közben a feladatról beszélgetnek.	kézturna, gyakorlás	irányított, félspontán	L2, C., Zs., K., R., V., M., hozzátartozók
49.	Beszélgetés az időről és az óráról, valamint az ezzel kapcsolatos számolási és számfelismerési zavarokról. A beszélgetést L2 vezeti.	idő múlása, óra, számok	félspontán	L2, C., Zs., K., R., V., M., hozzátartozók
50.	Beszélgetés arról, hogy a közvélemény mennyire nem ismeri az afázia fogalmát, a legtöbben nem tudják, mi a teendő stroke esetén, sokan értelmi fogyatékosnak gondolják az afáziást. Az afázias személyek lehetőségei és helyzete külföldön.	közvélemény, afázia	spontán	C., Zs., R., K., V., M., hozzátartozók, további afázias személyek
51.	Ország-város játék L1 vezetésével	játékos feladat	irányított	L1, V., C., Zs., R., M., további afázias személyek
52.	V. fölveti, hogy számára nehézséget okoz egy teljes mondat megértése, mert abból csak az első néhány szót érti. A többiek erre reflektálnak, elmondják, hogy ez velük is gyakran előfordul.	beszédmegértés	spontán	V., R., Zs., M., C., K., további afázias személyek, hozzátartozók
53.	Beszélgetés arról, hogy kinek mi volt a hobbija megbetegedésük előtt.	hobby, szabadidő	spontán	V., R., Zs., M., C., K., további afázias személyek, hozzátartozók
54.	Activity játék L1 vezetésével, a feladat cédulákra írt szavak elmutogatása, a többiek feladata kitalálni, miről lehet szó.	Activity játék	félspontán	L1, V., R., Zs., C., K., M., további afázias személyek, hozzátartozók
55.	Beszélgetés arról, ki hová járt/jár rehabilitációra, és ott hogyan kezelték.	rehabilitáció	spontán	L1, V., R., Zs., C., K., M., további afázias személyek, hozzátartozók
56.	R. elmeséli friss élményeit a Munkaügyi Központtal való küzdelméről, és korábbi munkájáról. A többi afázias személy, a hozzátartozók és a terapeuták igyekeznek ötleteket adni neki.	munka, munkahely	spontán	R., C., Zs., V., T1, T2, hozzátartozók
57.	A logopédusok kérdezik az afáziasokat, ki hogyan gyakorol otthon, és milyen segítséget kap hozzá.	otthoni gyakorlás	félspontán	L1, L2, C., R., V., Zs., hozzátartozók
58.	Afáziástársai próbálják meggyőzni V-t, hogy ne aggódjon annyit hibás beszédprodukcióján, hiszen ők és	beszédprodukció	spontán	V., Zs., C., R., L2, hozzátartozók

	közvetlen hozzátartozói így is megértik. Emellett kéri, hogy próbáljon jobban figyelni arra, amit a többiek mondanak. Később V. elmegy, a többiek arról beszélgetnek, milyen furcsa, hogy V. nem tud másra figyelni saját beszéde mellett. L2 elmagyarázza, hogy ez a betegsége következménye.			
59.	L2-vel arról beszélgetnek az afáziás személyek, hogy a gyógyulás folyamatában mennyi múlik a családtagok segítségén és mennyi a sérülés nagyságán, kiterjedésén. L2 elmagyarázza, hogy a családtagok többnyire nem tudják, mit kellene tenniük, erre a többiek történeteket mesélnek erről.	betegség, gyógyulás	spontán	V., Zs., C., R., L2, hozzátartozók
60.	Beszélgetés arról, a legtöbbszörrel megtörtént jelenségről, hogy megbetegedésük után hiába beszéltek az emberekhez, senki nem értette őket. Elmesélik, hogy sokáig tartott, mire megértették: a többi ember számára nem érthető, amit mondanak.	betegség, beszéd	spontán	C., K., L2, Zs., R., további 2 afáziás személy
61.	L2 beszélgetést kezdeményez arról, hogy egy felnőtt embernek milyen nehéz elfogadnia, hogy újra „iskolapadba” kell ülnie írni-olvasni-beszélni tanulni. A résztvevők elmesélik ezzel kapcsolatos élményeiket, elmondják nehézségeiket.	betegség, újratanulás	félspontán	L2, Zs., V., C., K., R., további 2 afáziás személy
62.	K. arról beszél, hogy senki nem mondta neki sem a kórházban, sem otthon, hogy hogyan és egyáltalán minek kell pl. késsel-villával enni, mivel senki nem gondolta, hogy ez probléma lehet. Így számos dologra magától kellett rájönnie. A többiek csatlakoznak hozzá, mesélnek erről.	a hétköznapi élet nehézségei	spontán	L2, Zs., V., C., K., R., további 2 afáziás személy
63.	Beszélgetés arról, kinek milyen tünetekkel kezdődött a stroke-ja, és mikor volt az a pillanat, amire már újra emlékszik a műtétje után.	megbetegedés, műtét	spontán	L2, Zs., V., C., K., R., további 2 afáziás személy
64.	L2 beszélgetést kezdeményez arról, ki hogy töltötte a hétvégéjét.	hétköznapiak	félspontán	L2, M., Zs., C., K., V., R., további 2 afáziás személy